

Sosiaali- ja terveydenhuollon

JÄRJESTÄMISLAIN VALMISTELU- RYHMÄN VÄLIRAPORTTI

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 4.4.2013 valmisteluryhmän, jota täydennettiin 11.4.2013. Valmisteluryhmän tehtävänä on valmistella hallituksen esityksen muotoon laadittu ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi, joka sisältää kuntauudistuksen edellyttämät välttämättömät säännökset sote-palveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta. Vastuukuntamallin määrittely sosiaali- ja terveydenhuollon osalta tehdään yhteistyössä valtiovarainministeriön kanssa.

Valmisteluryhmän tulee laatia väliraportti 30.6.2013 mennessä. Siihen tulee sisältyä ehdotukset ainakin:

- tehtävistä, joista noin 20 000–50 000 asukkaan kunnalla sekä yli 50 000 asukkaan kunnalla voi olla järjestämisvastuu;
- kuntien keskinäisistä rahoitusjärjestelyistä;
- vastuukuntamallin kuvauksesta sote-palvelujen osalta; sekä
- selvitys erityisvastuualueiden tehtävistä sekä vaihtoehtoja yliopistollisten sairaaloiden omistuksen ja hallinnan järjestämiseksi.

Valmisteluryhmän puheenjohtajana toimii ylijohtaja Kirsi Paasikoski ja **varapuheenjohtajana** ylijohtaja Aino-Inkeri Hansson, molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Valmisteluryhmän jäseniksi nimettiin

varatoimitusjohtaja Tuula Haatainen, Suomen Kuntaliitto
sairaanhoitopiirin johtaja Göran Honga, Vaasan sairaanhoitopiiri
sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
ylisosiaalineuvos Aulikki Kananoja
johtaja Tarja Kauppila, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
johtaja Maija Kyttä, Turun kaupunki
sairaanhoitopiirin johtaja Hannu Leskinen, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
toimitusjohtaja Aki Lindén, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
yhtymäjohtaja Markku Puro, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
johtaja Riitta Särkelä, SOSTE
apulaiskaupunginjohtaja Pekka Utriainen, Jyväskylän kaupunki
ylijohtaja Päivi Laajala, Valtiovarainministeriö
valtiotieteiden kandidaatti Harry Yltävä, Raasepori
kuntayhtymän johtaja Maire Ahopelto, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
johtava ylilääkäri Sari Mäkinen, Valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkoston puheenjohtaja
hyvinvointipäällikkö Sirpa Ernvall, Hollolan kunta, Peruspalvelukeskus Oiva
perusturvajohtaja Sanna-Tuulia Lehtomäki, Euran kunta
sosiaalityön päällikkö Päivi Saukko, Seinäjoen kaupunki
apulaiskaupunginjohtaja Jukka T. Salminen, Vantaan kaupunki
toimitusjohtaja Pentti Itkonen, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote)
LT, MMM, dosentti Sari Mäkimattila
ylijohtaja Marina Erhola, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ylilääkäri Minerva Krohn, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
tutkimusprofessori Heikki Hiilamo, Kansaneläkelaitos

Sekä **valmisteluryhmän sihteeristönä** toimivat jäsenet
hallitusneuvos Pekka Järvinen, sosiaali- ja terveysministeriö
hallitusneuvos Anne Koskela, sosiaali- ja terveysministeriö
hallitusneuvos Anne Kumpula, sosiaali- ja terveysministeriö
johtava lakimies Sami Uotinen, Suomen Kuntaliitto
hallitusneuvos Auli Valli-Lintu, Valtiovarainministeriö

Lisäksi **valmisteluryhmän ja sihteeristön pysyviksi asiantuntijoiksi** kutsuttiin
hallitusneuvos Riitta-Maija Jouttimäki, sosiaali- ja terveysministeriö
hallitusneuvos Päivi Salo, sosiaali- ja terveysministeriö
esittelijäneuvos Arja Myllynpää, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
apulaisosastopäällikkö Olli Kerola, sosiaali- ja terveysministeriö
johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki, sosiaali- ja terveysministeriö
osastopäällikkö, Outi Antila, sosiaali- ja terveysministeriö
osastonjohtaja Markku Pekurinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
johtaja Kristina Wikberg, Suomen Kuntaliitto
lääkintöneuvos Timo Keistinen, sosiaali- ja terveysministeriö
lääkintöneuvos Jukka Mattila, sosiaali- ja terveysministeriö
neuvotteleva virkamies Marjukka Vallimies-Patomäki, sosiaali- ja terveysministeriö
johtaja Päivi Voutilainen, sosiaali- ja terveysministeriö
neuvotteleva virkamies Kari Haavisto, sosiaali- ja terveysministeriö
ylitarkastaja Antti Alila, sosiaali- ja terveysministeriö
ylitarkastaja Noora Heinonen, sosiaali- ja terveysministeriö
lainsäädäntöneuvos Sten Palmgren, oikeusministeriö
erikoistutkija Eeva Nykänen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
hallitusneuvos Lotta Hämeen-Anttila, sosiaali- ja terveysministeriö

Ryhmän **teknisinä sihteereinä** ovat
osastosihteerit Pirjo Suuronen, sosiaali- ja terveysministeriö
osastosihteerit Jaana Aho, sosiaali- ja terveysministeriö
osastosihteerit Jenni Lahtinen, sosiaali- ja terveysministeriö

Valmisteluryhmä on kokoontunut 30.6.2013 mennessä 4 kertaa. Väli­raportin valmistelu on perustunut erityisesti hallituksen kehysriihessä tekemiin linjauksiin sekä pääministeri Kataisen asettaman koordinaatioryhmän 8.5.2013 julkaisemiin linjauksiin. Lisäksi valmisteluryhmän käytössä ovat olleet aiempien sosiaali- ja terveysministeriön työryhmien ja selvityshenkilöiden raportit sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ja palvelurakenteen uudistamisesta.

Valmisteluryhmä on tähän väli­raporttiin laatinut toimeksiantonsa mukaiset, edellä todetut ehdotukset.

Helsingissä 27 päivänä kesäkuuta 2013

Kirsi Paasikoski

Aino-Inkeri Hansson

Tuula Haatainen

Göran Honga

Rauno Ihalainen

Aulikki Kananoja

Tarja Kauppila

Maija Kyttä

Hannu Leskinen

Aki Lindén

Markku Puro

Riitta Särkelä

Pekka Utriainen

Päivi Laajala

Harry Yltävä

Maire Ahopelto

Sari Mäkinen

Sirpa Ernvall

Sanna-Tuulia Lehtomäki

Päivi Saukko

Jukka T. Salminen

Pentti Itkonen

Sari Mäkimattila

Marina Erhola

Minerva Krohn

Heikki Hiilamo

Pekka Järvinen


Anne Koskela

Anne Kumpula

Sami Uotinen

Auli Valli-Lintu

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	27.6.2013
Tekijät	Toimeksiantaja
	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimeilimen asettamispäivä
	STM022:00/2013
Muiston nimi	
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraportti	
Tiivistelmä	
<p>■ Valmisteluryhmä on valmistellut väliraporttiinsa yksityiskohtaiset ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiksi periaatteiksi. Ehdotukset perustuvat hallitusohjelmaan, hallituksen vuosien 2014 - 2017 kehyspäätökseen ja pääministerin asettaman koordinaatioryhmän linjauksiin. Näiden linjausten ja väliraportin ehdotusten perusteella kunnilla on tiedossaan sote-uudistuksen vaikutukset kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja organisointiin.</p> <p>Linjausten ja ehdotusten perusteella järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on pääsääntöisesti maakuntien keskuskaupunkien ja vähintään noin 50 000 asukkaan kuntien pohjal- le muodostettavilla sote-alueilla sekä eräin osin vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan pohjal- le muodostettavilla perustason alueilla. Alueita muodostettaessa kuullaan kuntia ja otetaan huomi- oon kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukainen alueellinen sote-rakenne. Alle 20 000 asukkaan kunnat saavat sosiaali- ja terveysterveystoimet sote-alueiden ja osin perustason alueiden järjestäminä.</p> <p>Valmisteluryhmän raporttiin sisältyy selvitys sote-alueiden ja perustason alueiden muodostumi- sen tarkemmista perusteista ja niiden mahdollistamista erilaisista vaihtoehtoista alueiden muodos- tamiseksi. Lisäksi valmisteluryhmä on laatinut ehdotuksensa niistä palveluista, joita perustason alueella voidaan järjestää sekä periaatteista, joiden mukaan kunnat rahoittavat sote-alueiden ja perustason alueiden järjestämät palvelut.</p> <p>Sote-alueet ja perustason alueet toteutetaan pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Alueen muut kunnat osallistuvat sote-palveluja koskevaan päätöksentekoon ja hallintoon vastuukunnassa olevan yhteisen toimeilimen kautta. Valmisteluryhmä on myös tehnyt ehdotuksensa erityisvastuualueiden tehtävistä ja hallinnon järjestämisestä. Erityisvastuualueiden tehtävänä on varmistaa, että sote- alueiden toteuttamat palvelut muodostavat toiminnallisesti eheän kokonaisuuden.</p>	
Asiasanat	
alueet, terveydenhuoltopalvelut, terveysterveystoimet, palvelurakenne, palvelut, sosiaalipalvelut, uudis- tukset	
Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:15	Muut tiedot
	www.stm.fi
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)	56
ISBN 978-952-00-3305-7	Kieli
URN:ISBN: 978-952-00-3305-7	suomi
http://urn.fi/ URN:ISBN: 978-952-00-3305-7	
 <p>SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ</p>	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	27.6.2013
Författare	Uppdragsgivare
	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM022:00/2013

Rapportens titel

Lägesrapport av beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården

Referat

■ Beredningsgruppen har för sin lägesrapport berett detaljerade förslag till de centrala principerna i servicestrukturreformen inom social- och hälsovården. Förslagen baserar sig på regeringsprogrammet, regeringens rambeslut för 2014–2017 och de riktlinjer som den av statsministern tillsatta koordinationsgruppen utstakat. På basis av dessa riktlinjer och förslagen i lägesrapporten har kommunerna kännedom om social- och hälsovårdsreformens inverkan på tillhandahållandet och organiseringen av den kommunala social- och hälsovården.

Enligt riktlinjerna och förslagen ligger ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster i regel hos de social- och hälsovårdsområden som kommer att bildas på grundval av de centrala städerna i landskapen och kommunerna med minst 50 000 invånare samt till vissa delar hos de områden på basnivå som bildas på grundval av 20 000 – 50 000 invånare. När områdena bildas konsulterar man kommunerna och tar i beaktande en sådan regional social- och hälsovårdsstruktur som är ändamålsenlig med tanke på helheten. Kommunerna med mindre än 20 000 invånare ska få sina social- och hälsovårdstjänster så att de ordnas av social- och hälsovårdsområdena och delvis av områdena på basnivå.

I beredningsgruppens rapport ingår en utredning av grunder för bildandet av social- och hälsovårdsområden och områden på basnivå samt olika alternativ att bilda områdena som dessa möjliggör klargörs. Därtill klargörs även alternativ som möjliggör att bilda dessa områden. Därutöver har beredningsgruppen utarbetat ett förslag om de tjänster som kan tillhandahållas inom ett område på basnivå samt om de principer enligt vilka kommunerna ska finansiera de tjänster som ordnas av social- och hälsovårdsområdena och områdena på basnivå.

Social- och hälsovårdsområdena och områdena på basnivå bildas i regel enligt en modell om en ansvarig kommun. De övriga kommunerna inom området kommer att delta i beslutsfattandet och förvaltningen som gäller social- och hälsovårdstjänsterna genom ett gemensamt organ som finns i den ansvariga kommunen. Beredningsgruppen har också lagt fram ett förslag om specialupptagningsområdenas uppgifter och hur deras förvaltning ska organiseras. Specialupptagningsområdena har till uppgift att säkerställa att de tjänster som social- och hälsovårdsområdena tillhandahåller ska bilda en funktionellt sammanhängande helhet.

Nyckelord

hälso- och sjukvårdstjänster, områden, reformer, servicestruktur, socialservice, tjänster

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:15

Övriga uppgifter
www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (online)
ISBN 978-952-00-3305-7
URN:ISBN: 978-952-00-3305-7
<http://urn.fi/> URN:ISBN: 978-952-00-3305-7

Sidoantal
56

Språk
finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

Sosiaali- ja terveysministeriölle	2
Yhteenveto	9
Yleistä	9
Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen.....	9
Järjestämisvastuun hallintomalli.....	10
Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus	11
Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuu- alueet.....	11
Kuntien kuuleminen.....	12
Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen aikataulu.....	12
1 Valmisteluryhmän tehtävä ja tavoitteet	13
1.1 Yleistä.....	13
1.2 Väli raportin tavoitteet.....	13
2 Aiempi sote-valmistelu	14
3 Petteri Orpon koordinaatio- ryhmän ehdotukset	15
4 Valmisteluryhmän ehdotukset uudistuksen toteutuksesta	16
4.1 Järjestämisvastuu.....	16
4.1.1 Yleistä	16
4.1.2 Laajan perus- ja erityistason palvelujen järjestäminen (sote-alue)	18
4.1.3 Perustason alue	19
4.1.4 Alle 20 000 asukkaan kuntien asema.....	22
4.1.5 Miten alueet muodostuvat	22
4.1.6 Kantokykyläkijät	24
4.2 Erityisvastuualueet ja yliopistolliset sairaalat	27
4.2.1 Nykytila.....	27
4.2.2 Keskeiset ehdotukset ervan toteuttamisesta	29
4.2.3 Sote-ervan tehtävät.....	30
4.2.4 Koordinaatiotehtävien toteuttaminen: järjestämis- sopimus	31
4.2.5 Tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen koordinaatio	32
4.2.6 Ervojen yhteiset tehtävät ja kansallinen ohjaus.....	34
4.2.7 Erityisvastuualueen hallintomalli.....	34
4.3 Vastuukuntamalli	35
4.4 Rahoitus	37
4.4.1 Kuntasektorin taloudellinen tilanne.....	37
4.4.2 Kuntien välinen rahoitus	38
4.4.3 Valtion rahoitus.....	41
4.4.4 Asiakkaan valinnanvapaus ja siihen liittyvä kustannusten korvaus	43
4.4.5 Asiakasmaksut	44
4.4.6 Omaisuusjärjestelyt	45

4.5	Mikä linjausten mukaisessa mallissa palvelujen järjestämisen osalta muuttuu nykyjärjestelmään nähden?	46
5	Erityiskysymykset.....	47
5.1	Yliopistollisten sairaaloiden asema.....	47
5.2	Rajat ylittävä terveydenhuolto	48
5.3	Tehtävien siirtyminen kunnista alueille ja kuntayhtymien purkautuminen.....	49
5.4	Kokeilutoiminta	49
6	Jatkovalmistelu.....	49
	Liitteet	50
	Liite 1. Sote-sanasto	50
	Liite 2. Kunnallisen sosiaali- ja terveyden- huollon tehtävät	55

YHTEENVETO

YLEISTÄ

Valmisteluryhmä on väliraportissa kuvannut kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistettavan palvelurakenteen kannalta keskeiset asiat siten, että kunnat voivat ottaa sen huomioon niiden valmistautuessa tekemään kuntarakennelain (HE 31/2013 ja 53/2013) 4 b §:n mukaista yhdistymisselvitystä ja siihen liittyvää 4 h §:n 2 momentin mukaista ilmoitusta siitä, minkä kunnan tai kuntien kanssa se selvittää yhdistymistä.

Lisäksi kunnat ja muut tahot voivat ottaa kantaa väliraportissa oleviin kannanottoihin sote-palvelurakenteen toteutuksesta. Nämä kannanotot voidaan ottaa huomioon valmisteluryhmän loppuraportissa, joka sisältää ehdotuksen eduskunnalle annettavaksi hallituksen esitykseksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi ja siihen liittyvien lakien muutoksiksi.

Valmisteluryhmän työn lähtökohtana ovat hallitusohjelman, hallituksen vuosille 2014 – 2017 tekemän kehyspäättöksen, pääministerin asettaman koordinaatioryhmän linjausten sekä hallituksen esityksen 53/2013 mukaiset kannanotot siitä miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne uudistetaan. Näiden perusteella määräytyvät sote-palvelujen järjestämisestä vastuussa olevat kunnalliset organisaatiot sekä niiden tehtävät.

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen järjestämisvastuu kuuluu kunnille. Myös jatkossa järjestämisvastuu tulee säilymään kuntien vastuulla. Nykyisestä poiketen palvelut järjestetään kuitenkin pääsääntöisesti alueellisesti joko sosiaali- ja terveystalteen (sote-alue) ja eräissä tapauksissa osaksi perustason alueiden toimesta.

Toteutettavassa uudistuksessa lähtökohtana on kaikkien palvelujen järjestäminen kattavasti sosiaali- ja terveystalteen toimesta. Sote-alue muodostuu maakuntien keskustaupunkien pohjalta. Sote-alue voi myös muodostua muun, vähintään noin 50 000 asukkaan kunnan pohjalta. Tällaisen yli 50 000 asukkaan kunnan järjestämisvastuu voi myös rajoittua vain kunnan omiin asukkaisiin. Pääsääntönä on kuitenkin, että työssäkäyntialueella on vain yksi sote-alue. Tästä poiketen metropolialueelle (pääkaupunkiseutu) muodostettavat sote-alueet määritellään erikseen.

Edellä todetusta poiketen sote-alueen vastuukunnan työssäkäyntialueen ulkopuolella olevalla vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan kunnalla on oikeus järjestää perustason sosiaali- ja terveystalvet asukkailleen. Se voi myös toimia perustason alueen vastuukuntana työssäkäyntialueeseensa tai toiminnalliseen kokonaisuuteensa kuuluvien alle 20 000 asukkaan kuntien kanssa.

Jos yli 20 000 asukkaan kunta sijaitsee kuntarakennelain 4 d §:n mukaisella yhtenäisellä yhdyskuntarakenteen- tai työssäkäyntialueella, se voi järjestää perustason palvelut asukkailleen kuitenkin vain, jos

- kunnan asukasluku on lain voimaan tullessa vähintään 20 000;
- alueella on suoritettu erityinen kuntajakoselvitys ja sen perusteella alueella on vähintään 2 yli 20 000 asukkaan kuntaa; ja
- kunta ja sote-alueen vastuukunta sopivat keskenään toimenpiteistä, joilla varmistetaan sosiaali- ja terveystalvetujen integraation toteutuminen näiden kesken.

Perustason sosiaali- ja terveystalveluja ovat ne palvelut, joita terveyskeskukset ja kuntien sosiaalitoini järjestävät tällä hetkellä lukuun ottamatta erikoissairaanhoidoa ja ympärivuorokautista päivystystä (sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ympärivuorokautinen päivystys, ml. turvakodit). Muiden palvelujen järjestämisvastuu on sote-alueella. Rinnan soteuudistuksen valmistelun on käynnissä useiden sosiaalihuollon lakien uudistus. Tämän valmistelun yhteydessä arvioidaan, pitäisikö osa nykyisin kuntien vastuulle kuuluvista sosiaalihuollon palveluista ja tehtävistä määritellä niiden vaativuuden tai harvinaisuuden perusteella erikoissairaanhoidoa vastaavalla tavalla sote-alueen järjestämisvastuulle.

Perustasolla on edellä todetusta poiketen myös mahdollisuus järjestää niin sanotun peruserikoissairaanhoidon palveluja. Edellytyksenä tälle on, että perustasolla on uudistuksen voimaan tullessa sellaiset integraatiota tukevat palvelurakenteet, jotka mahdollistavat tällaisten palvelujen järjestämisen. Oikeuden saaminen edellyttää, että sosiaali- ja terveysministeriö myöntää hakemuksesta perustason vastuukunnalle oikeuden peruserikoissairaanhoidon järjestämiseen.

Jos kunnan asukasluku on pienempi kuin vähintään noin 20 000, sote-alue järjestää sille ja sen asukkaille sote-palvelut. Mikäli tällainen kunta kuuluu perustason alueeseen, niin palvelujen järjestämisestä vastaavat perustason alue ja sote-alue.

JÄRJESTÄMISVASTUUN HALLINTOMALLI

Sote-alueella ja perustason alueella järjestämisvastuu toteutetaan pääsääntöisesti niin sanotulla vastuukuntamallilla. Tässä mallissa vastuukunta huolehtii siitä, että lakisääteiset sosiaali- ja terveystalvelut tulevat järjestetyiksi asianmukaisesti.

Sote-alueeseen kuuluvat muut kunnat ja perustason alueet osallistuvat vastuukunnassa sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä koskevaan päätöksentekoon. Tämä tapahtuu siten, että vastuukunnassa on toimielin, johon muut kunnat ja perustason alueet nimeävät edustajansa. Toimielimeen valittavien edustajien valinnassa pitää ottaa huomioon alueen kuntien poliittiset voimasuhteet. Kuntien ja perustason alueiden edustajien äänimäärä toimielimessä määräytyy kuntien ja alueiden asukasluvun perusteella. Niin sanottuja äänileikkureita, jotka rajaisivat suurten kuntien edustajien äänimäärää, ei oteta käyttöön.

Toimielin päättää sille vahvistetun talousarvion rajoissa sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä. Vastuukunnan valtuustolla tai kunnanhallituksella ei ole otto-oikeutta yhteisessä toimielimessä tehtyihin päätöksiin. Yhteisen toimielimen päätöksiin voi hakea muutosta kuntalaissa säädetyllä tavalla, jolloin valitustie menee hallinto-oikeuden kautta korkeimpaan hallinto-oikeuteen.

Mitä edellä on todettu sote-alueen vastuukunnasta, sovelletaan myös perustason alueen vastuukuntaan ja sen hallintoon. Tässä on kuitenkin otettava huomioon, että perustason alueeseen kuuluvilla kunnilla ei ole välitöntä edustusta sote-alueen vastuukunnan yhteisessä toimielimessä. Perustason aluetta edustaa sote-alueen toimielimessä perustason valitsema edustaja tai edustajat.

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN RAHOITUS

Kaikki kunnat osallistuvat sote-alueen ja perustason alueen toiminnan rahoitukseen. Lähtökohtaisesti sote-alueen jäsenkunnat voisivat sopia keskenään, miten toiminta rahoitetaan tai millä perusteella jäsenkunnat maksavat vastuukunnalle sen järjestämistä palveluista. Kunnat voisivat tällöin valita alueelle parhaiten sopivan rahoitusmallin.

Väestön ikärakenteella ja sairastavuudella painotettu kapitaatiomalli on paras vaihtoehto silloin, kun tavoitellaan alueellisesti yhtenäistä, selkeää, yhteisvastuullista, yhdenvertaista ja oikeudenmukaista, koko alueen yhtenäiseen suunnitteluun ja kehittämiseen perustuvaa kokonaisuutta. Kapitaatio- eli väestömääräpohjaisessa mallissa kunnan maksu määräytyy asukasluvun mukaan (x euroa/asukas). Kapitaatiomallissa kunnan menot ovat hyvin ennakoitavissa, koska maksu ei riipu kunnan asukkaiden palvelujen käytön määrästä.

Siltä osin kuin 20 000 - 50 000 asukkaan edellä tarkoitetut kunnat hankkisivat vain osan tarvitsemistaan palveluista sote-alueelta, ne osallistuisivat näiden palvelujen rahoittamiseen suoriteperusteisesti. Laskutus perustuisi tuotantokustannuksiin.

Sote-palvelujen toteuttamiseksi tarvittavista sote-alueen yhteisistä tehtävistä, kuten infrastruktuurin aiheuttamista kustannuksista ja varalla olostä (johon sisältyy muun muassa päivystys, ensihoito ja poikkeustilavalmiuden ylläpito) edellä tarkoitetut kunnat vastaisivat kapitaatioperiaatteen mukaisesti.

Palvelurakenneuudistuksen yhteydessä tavoitteena on niin vahvojen kuntien ja sote-alueiden muodostuminen, että järjestämisvastuussa olevat tahot pystyvät kantamaan satunnaiset suuretkin kustannusvaihtelut. Näin ollen tällaisten vaihtelujen tasaamiseksi ei ole tarpeen luoda lainsäädännöllä suurten kustannusten tasausjärjestelmää. Kunnat voisivat kuitenkin halutessaan sellaisesta sopia.

Samanaikaisesti sote-uudistuksen kanssa toteuttavalla kuntien valtiosuusjärjestelmän uudistus tulee muuttamaan perusteita, joiden mukaan valtiosuudet määräytyvät. Sen vuoksi valmisteluryhmä ei ole tässä vaiheessa käsitellyt kuntakohtaisia laskelmia uudistuksen mahdollisista vaikutuksista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueiden rahoitukseen, joka tulee sote-alueilta, sovellettaisiin kapitaatiomallia. Erityisvastuualueille tulisi myös joitakin keskitettyjä tehtäviä, joista valtio maksaisi sille suoraan korvauksen.

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ERITYISVASTUUALUEET

Keskeinen osa uuden ervan toimintaa olisi siihen kuuluvien sote-alueiden toiminnan koordinaatio ja ohjaus sekä näihin liittyvät tukitoiminnot. Tehtäviensä toteuttamiseksi sote-ervalla on itsenäinen, lakiin perustuva päätösvalta.

Koska ervalla ei ole palveluiden järjestämisvastuuta, on muodostettava kriteerit niille nykyisessä lainsäädännössä nimetyille kuntien, sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden tehtäville, jotka jatkossa siirtyvät erityisvastuualueille. Ervan tehtävien perusteet ja keskeiset toiminta-alueet määritellään lain tasolla. Tehtävien kuvausta täsmennetään asetuksin.

Uudelle sote-ervalle annettavat keskeiset tehtävät ovat (1) yhdenvertaisuuden turvaaminen erityisesti sote-alueiden yhteistyötä vaativissa keskitettävissä palveluissa, (2) päällekkäisyyksien, kilpavarustelun sekä palveluvajeiden välttäminen ja voimavarojen tarkoituksenmukainen ohjaus, (3) tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen alueellinen koordinaatio ja (4) erikseen säädettävät viranomaistehtävät.

KUNTIEN KUULEMINEN

Tästä valmisteluryhmän väliraportista ja siinä esitetyistä kannanotoista pyydetään lausunnot kunnilta, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiltä, eräiltä valtion viranomaisilta ja muilta väliraportissa käsiteltyjen asioiden kanssa toimivilta tahoilta. Lausunnot otetaan huomioon valmisteluryhmän loppuraporttia laadittaessa. Lausunnot tulee toimittaa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle 11.10.2013 mennessä.

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN UUDISTAMISEN AIKATAULU

Valmisteluryhmän loppuraportti valmistuu joulukuussa 2013. Loppuraporttiin sisältyy ehdotus hallituksen esitykseksi sote-järjestämislaiksi ja siihen liittyväksi muuksi lainsäädännöksi. Myös loppuraportti lähetetään lausuntokierrokselle samoin kuin väliraportti. Lausuntojen perusteella viimeistellään hallituksen esitys ja se annetaan eduskunnalle kevätistuntokaudella 2014.

Välittömästi eduskunnan hyväksyttyä lain ja sen tultua vahvistetuksi, kuntia kuullaan järjestämisvastuun toteuttamisesta sekä sote-alueiden, perustason alueiden ja eräiden alueiden muodostamisesta. Kuulemisen perusteella valmistellaan alueiden muodostamiseksi annettava valtioneuvoston asetus. Asetus pyritään antamaan syksyllä 2014.

Tavoitteena on, että sote-järjestämislaki ja siihen liittyvät muut lait tulevat voimaan 1.1.2015. Sote-alueet, perustason alueet ja erityisvastuualueet aloittavat toimintansa viimeistään 1.1.2017.

1 VALMISTELURYHMÄN TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET

1.1 YLEISTÄ

Valmisteluryhmän tehtävänä on laatia hallituksen esityksen muotoon laadittu ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi, joka sisältää kuntauudistuksen edellyttämät välttämättömät säännökset sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta.

Vastuukuntamallin määrittely sosiaali- ja terveydenhuollon osalta tehdään yhteistyössä valtiovarainministeriön kanssa.

Asettamispäätöksen mukaan Valmisteluryhmän tulee lisäksi laatia väliraportti 30.6.2013 mennessä. Siihen tulee sisältyä ehdotukset ainakin:

- tehtävistä, joista noin 20 000–50 000 asukkaan kunnalla sekä yli 50 000 asukkaan kunnalla voi olla järjestämisvastuu;
- kuntien keskinäisistä rahoitusjärjestelyistä;
- vastuukuntamallin kuvauksesta sote-palvelujen osalta; sekä
- selvitys erityisvastuualueiden tehtävistä sekä vaihtoehtoista yliopistollisten sairaaloiden omistuksen ja hallinnan järjestämiseksi.

Ryhmän esitysten tulee perustua hallitusohjelman kirjauksiin, hallituksen puolivälikirjaukseen sekä selvityshenkilöryhmän esityksiin. Työssä tulee määritellä vastuukuntana toimimisen edellyttämät kantokykytekijät ja niiden mahdolliset poikkeusperusteet.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista. Lisäksi hallitusohjelmassa todetaan, että palvelurakennemuudistuksen toteuttamiseksi säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskeva laki.

Toimeksiannon mukaisen tehtävän tavoitteena on väestön terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen. Lisäksi tavoitteena on turvata yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystalvelut kaikille. Tavoitteena on myös väestöpohjan laajentaminen palvelujen järjestämisessä, sekä palvelurakenteen ja toimintatapojen uudistaminen. Tavoitteen toteuttamiseksi valmistellaan hallitusohjelman ja hallituksen kehyspäätösten mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki ja siihen liittyvät lakimuutokset.

1.2 VÄLIRAPORTIN TAVOITTEET

Väliraportin tavoitteena on kuvata sote-palvelurakenteen kannalta keskeiset asiat siten, että kunnat voivat ottaa huomioon muodostuvan uuden palvelurakenteen niiden valmistautuessa tekemään kuntarakennelain (HE 31/2013) 4 b §:n mukaista yhdistymisselvitystä ja siihen liittyvää 4 h §:n 2 momentin mukaista ilmoitusta siitä, minkä kunnan tai kuntien kanssa se selvittää yhdistymistä.

Lisäksi kunnat ja muut tahot voivat ottaa kantaa väliraportissa oleviin kannanottoihin sote-palvelurakenteen toteutuksesta. Nämä kannanotot voidaan ottaa huomioon valmisteluryhmän loppuraportissa, joka sisältää ehdotuksen eduskunnalle annettavaksi hallituksen esitykseksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi ja siihen liittyvien lakien muutoksiksi.

2 AIEMPI SOTE-VALMISTELU

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja palvelurakenteen uudistamista on viime vuosien aikana käsitelty STM:n asettaman kolmen eri ryhmän toimesta. Lisäksi pääministeri Kataisen asettama koordinaatioryhmä teki asiaa koskevat linjaukset keväällä 2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti syyskuussa 2010 työryhmän valmistelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön peruslinjauksia. Työryhmän tavoitteena oli tehdä perusselvitystyötä tulevan hallitusohjelman valmistelua sekä seuraavalla hallituskaudella valmisteltavaa lainsäädäntöä varten. Työryhmä esitti loppuraportissaan (STM raportteja ja muistioita 2011:7) kolme vaihtoehtoista mallia. Mallien perusteen oli kolme erilaista kuntarakennetta, joissa kuntien lukumäärä olisi olla alle 20, noin 30 - 50 tai enemmän. Kaikissa malleissa oli lähtökohtana, että vastuu sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä olisi nykyistä harvemmillä organisaatioilla.

Nykyisen hallituksen ohjelmaan perustuen sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2012 työryhmän, jonka tehtävänä oli valmistella ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi sekä valmistella lakia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, rahoittamisesta, kehittämisestä ja valvonnasta. Työryhmä totesi loppuraportissaan (STM raportteja ja muistioita 2012:30), että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystaloudet ja nykyisin riittämättömästi toimivien perustalouden vahvistaminen. Työryhmä ehdotti uutta integroitua ja kaksitasoista palvelurakennetta, jossa olisi nykyiseen verrattuna laajempi sosiaali- ja terveydenhuollon perustaso ja tätä täydentävä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen erityisvastuutaso.

Työryhmä totesi lisäksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla tarvitaan riittävää väestöpohjaa ja riittäviä tuotantovolyymejä palvelujen laadun ja turvallisuuden takaamiseksi. Palvelujen järjestäjien riittävät väestöpohjat luovat perustan kansallisesti yhdenvertaiselle palvelujärjestelmälle. Työryhmän näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen riittävän väestöpohjan tulisi olla kantokykytekijöistä riippuen vähintään 50 000 - 100 000. Muita kantokykytekijöitä ovat järjestäjän taloudellinen kestävyys ja vakaus, osaamisen turvaaminen, henkilöstön saatavuus ja riittävyys sekä infrastruktuuri.

Työryhmän näkemyksen mukaan osana uudistusta tulisi perustaa viisi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta. Ehdotuksen mukaan niiden tehtäviin kuuluisi työnjako-, koordinaatio-, suunnittelu- ja viranomaistehtäviä sekä velvollisuus sopia kansallisesti määritellyistä vaativan erityistason palveluista ja varmistaa näiden palveluiden saatavuus. Erityisvastuualueiden toimivallan tulisi perustua lainsäädäntöön.

Selvityshenkilöryhmä ja sen loppuraportti

Edellä mainitun palvelurakennetyöryhmän työn valmistelua täydentämään asetettiin marraskuussa 2012 selvityshenkilöryhmä Suomen kuntakentän alueellisten erojen ja erityispiirteiden sekä kielellisten olosuhteiden huomioon ottamiseksi. Selvityshenkilöryhmän tehtäväksi annettiin yhteistyössä kentän toimijoiden kanssa tukea palvelurakennemuutoksen valmistelua

selvittämällä alueellisesti parhaita, hallitusohjelman ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeri-työryhmän 15.11. ja 13.12.2012 tekemiin linjauksiin perustuvia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneratkaisuja.

Selvityshenkilöt esittivät 19.3.2013 luovutetussa raportissaan¹ (STM raportteja ja muistioita 2013:7), että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu tulisi siirtää kunnilta sosiaali- ja terveydenhuollon alueille (sote-alue). Samalla sairaanhoitopiirien ja kehitysvammahuollon erityishuoltopiirien kuntayhtymät purettaisiin ja toiminta organisoitaisiin uudelleen. Suomeen muodostettaisiin 34 sote-aluetta/kuntaa, jotka vastaisivat lähes kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä.

Sote-alueiden lisäksi selvityshenkilöt ehdottivat viittä sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, joilla olisi laajaa perustasoa tukevia ja koordinoivia tehtäviä, tutkimusta ja koulutusta. Yliopistosairaalat vastaisivat edelleen vaatimimman hoidon tuottamisesta ja osaamisesta viidellä alueella. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten erityisvastuualueiden rakentaminen parantaisi erityisesti sosiaalihuollon erityispalvelujen tilannetta. Sosiaalihuollossa myös erityispalvelujen järjestäminen on nyt pääosin kuntien vastuulla ja niiden saatavuudessa on suuria ongelmia.

3 PETTERI ORPON KOORDINAATORRYHMÄN EHDOTUKSET

Pääministeri Jyrki Katainen asetti 20.4.2013 kunta- ja sote-koordinaatioryhmän, jonka puheenjohtajana on toiminut Kokoomuksen eduskuntaryhmän puheenjohtaja Petteri Orpo ja varapuheenjohtajana SDP:n eduskuntaryhmän puheenjohtaja Jouni Backman. Ryhmään kutsuttiin kunta- ja sote-uudistuksesta vastaavat ministerit sekä hallituspuolueiden ministeriryhmien ja eduskuntaryhmien edustajat. Koordinaatioryhmä esitti 8.5.2013 yksimielisesti sosiaali- ja terveystoimen palvelurakennetta uudistuvassa kuntakentässä koskevan linjauksen. Linjaus on VNK:n internet-sivuilla, ks:

<http://vnk.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=385053>

Linjausten perusteella pääministeri Katainen antoi 16.5.2013 eduskunnalle ilmoituksen sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen etenemisestä. Ilmoitus on VNK:n internet-sivuilla, ks:

<http://vnk.fi/ajankohtaista/puheet/puhe/fi.jsp?oid=385763>

Lisäksi hallitus antoi sote-uudistukseen liittyen 23.5.2013 eduskunnalle esityksen (HE 53/2013) kuntarakennelakia koskevan täydentävän hallituksen esityksen (HE 31/2013). Täydentävässä esityksessä on selvitetty sote-uudistuksen keskeiset periaatteet.

¹ Viitattaessa jäljempänä muistiossa tähän raporttiin käytetään ilmaisua ”selvityshenkilöryhmä esitti” tai muuta vastaavaa ilmaisua.

4 VALMISTELURYHMÄN EHDOTUKSET UUDISTUKSEN TOTEUTUKSESTA

Edellä todettujen hallitusohjelman, hallituksen kehyspäättöksen sekä kohdassa 3 todettujen koordinaatioryhmän, pääministerin ilmoituksen ja täydentävän hallituksen esityksen perusteella valmisteluryhmä ehdottaa, että sote-uudistus toteutetaan jäljempänä todetulla tavalla.

Sote-uudistukseen liittyviä ja tässä väliraportissa käytettäviä käsitteitä on selvitetty tarkemmin liitteessä 1.

4.1 JÄRJESTÄMISVASTUU

4.1.1 Yleistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen järjestämismääräyksiä kuuluu kunnille. Myös jatkossa järjestämismääräyksiä tulee säilyä kuntien vastuulla. Tehtyjen linjausten mukainen järjestämismääräyksiä tulee kuitenkin muuttamaan nykyistä tilannetta. Nykyisin järjestämismääräyksiä jakautuu usealle eri taholle. Näitä ovat kunnat, yhteistoiminta-alueet, kehitysvammaisten erityishuoltopiirit ja sairaanhoitopiirit. Lisäksi näiden käytännön toteutukset vaihtelevat siten, että jonkin tietyn kunnan osalta järjestämismääräyksiä voi jakautua usealle eri organisaatiolle. Lisäksi kunnalla on oikeus järjestää palveluja, vaikka sen on samojen palvelujen järjestämiseksi kuuluttava kuntayhtymään tai muodostettava yhteistoiminta-alue palvelujen järjestämiseksi. Tältä osin järjestämismääräyksiä on ollut jaettu.

Toteutettavassa uudistuksessa lähtökohtana on järjestämismääräyksiin kokoaminen kattavasti sosiaali- ja terveysalueelle. Sote-alueella järjestämismääräyksiä toteutetaan pääsääntöisesti niin sanotulla vastuukuntamallilla². Vastuukuntina toimivat maakuntien keskuskäytävät. Myös yli 50 000 asukkaan kunnat, jotka ovat työssäkäyntialueen keskuskäytävät ja joilla on riittävä kantokyky, voivat toimia vastuukuntina. Lisäksi muut vähintään noin 50 000 asukkaan kunnat voivat järjestää omille asukkailleen sote-palvelut, jos niillä on riittävä kantokyky.

Sote-alueen vastuukunnalla on järjestämismääräyksiä alueeseen kuuluvien kuntien kaikista kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Poikkeuksena tästä pääperiaatteesta on vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan kunnilla oleva oikeus järjestää perustason palvelut asukkailleen ja eräissä tapauksissa myös samaan toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluville alle 20 000 asukkaan kunnille.

Näiden linjausten mukaisesti vain lailla säädetyllä taholla, sote-alueella tai perustason alueella, on järjestämismääräyksiä ja siihen liittyvä päätösvalta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä. Lisäksi erityisvastuualueilla on sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä tehtäviä ja vastuita siten kuin jäljempänä kohdassa 4.2. todetaan.

Järjestämismääräyksiä on yleisesti tarkoitettu oikeudellista ja rahoituksellista vastuuta siitä, että vastuuseen kuuluvat tehtävät tulevat toteutetuiksi lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Sote-uudistuksen yhteydessä järjestämismääräyksiä käsiteltä uudistetaan siten, että nämä vastuut erkanevat toisistaan. Kaikilla kunnilla on rahoitusvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisistä palveluista. Sen sijaan vastuu siitä, että palvelut tulevat järjestetyiksi lainsäädännössä edellytetyllä tavalla on sote-alueilla ja osin perustason alueilla. Rahoitusvastuussa olevat kun-

² Vastuukuntamallin sijasta kunnat voivat sopia sote-alueen hallintomalliksi kuntayhtymän, jos vastuukunnan asukasluku on alle 50 % sote-alueen asukasluvusta eikä vastuukunnan kantokyky ole riittävä laajan perustason palvelujen järjestämiseksi.

nat osallistuvat kuitenkin järjestämisvastuussa olevan vastuukunnan hallintoon jäljempänä selvitettävällä tavalla.

Järjestämisvastuuseen ei itsessään kuulu velvollisuutta itse tuottaa tai toteuttaa niitä palveluja ja toimintoja, jotka järjestämisvastuu käsittää.

Selvityshenkilöryhmä määritteli järjestämisvastuun siten, että se sisältää seuraavat osatekijät:

Järjestämisvastuussa olevalle taholle kuuluu omalta osaltaan vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Vastuuseen sisältyy:

- *vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta ja edistämisestä*
- *vastuu julkisen vallan käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen selvittämisestä*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta saatavuudesta*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon saavutettavuudesta*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantotavasta päättämisestä*
- *vastuu tuotannon seurannasta, valvonnasta ja laadusta*
- *vastuu järjestämiseen liittyvästä rahoituksesta*
- *vastuu voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä*

Jotta järjestämisvastuu voisi toteutua, edellyttää se järjestämistaholta seuraavia ominaisuuksia:

- *itsenäinen valmistelu-, päätöksenteko- ja toimeenpanokyky*
- *mahdollisuus tuotantotapojen valintaan*
- *mahdollisuus poliittisesti arvoitettuihin linjausvalintoihin*
- *kyky vertikaaliseen ja horisontaaliseen yhteistyöhön*
- *kyky rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollosta merkittävä osa omalla tulorahoituksellaan*
- *riittävä väestöpohja ennustettavuuden kannalta*
- *kyky ohjata kokonaisuutta*

Järjestämisvastuun sisältö ja laajuus on yhdenmukainen kaikilla sote-alueilla riippumatta siitä, onko alueella mahdollisuus tuottaa itse kaikki palvelut. Siltä osin kuin alue ei pysty itse tuottamaan palveluja, sen tulee hankkia niitä muilta sote-alueilta. Lisäksi sote-alue voi täydentää omaa palvelutuotantoaan ostopalveluilla ja palveluseteleillä.

Sama koskee myös perustasoa, järjestämisvastuu on pääsääntöisesti kaikilla perustason alueilla yhdenmukainen. Poikkeuksena ovat kuitenkin peruserikoissairaanhoidon palvelut, joita voidaan järjestää perustasolla sosiaali- ja terveysministeriön antaman luvan perusteella siten kuin jäljempänä luvussa 4.1.3. todetaan.

Palvelut tulee järjestää kaikille sote-alueeseen ja perustason alueeseen kuuluvien kuntien asukkaille siten, että perustuslain mukainen yhdenvertaisuus toteutuu. Tämä tarkoittaa myös palvelujen alueellisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamista. Lähipalvelujen turvaamiseksi perustason alueiden ja sote-alueiden tulee laatia suunnitelma niiden toteuttamisesta.

Jäljempänä tässä luvussa käsitellään tarkemmin sote-alueiden ja perustason alueiden muodostamisen kriteerejä sekä niitä tehtäviä, joista niillä on järjestämisvastuu.

4.1.2 Laajan perus- ja erityistason palvelujen järjestäminen (sote-alue)

Laajan perus- ja erityistason palveluilla tarkoitetaan kaikkia kuntien vastuulle kuuluvia lakisääteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä. Näitä ovat muun muassa sosiaalihuoltolain, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain, vammaispalvelulain, vanhuspalvelulain, päihdehuoltolain, toimeentulotukilain, terveydenhuoltolain, tartuntatautilain ja mielenterveyslain sekä muiden kunnalliselle sosiaali- tai terveydenhuollolle velvoitteita säätävien lakien mukaiset tehtävät ja palvelut. Palvelut on todettu liitteessä 2.

Vastuu näiden kattavien sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisestä on jatkossa pääsääntöisesti sote-alueilla, joiden muodostamisen kriteerit ovat seuraavat:

- 1) Kaikki maakuntien keskustaajamat järjestävät laajan perus- ja erikoistason palvelut. Samalla maakunnan keskustaajaman on toimittava sote-alueen vastuukuntana. Sote-alueita muodostettaessa:

- Maakunnan kaikkien kuntien ei tarvitse kuulua maakunnan keskustaajaman pohjalle muodostettavaan sote-alueeseen.
- Maakunnan keskustaajaman pohjalle muodostettavaan sote-alueeseen voi kuulua myös toiseen maakuntaan kuuluvia kuntia.
- Metropolialueella olevien vähintään noin 50 000 asukkaan kuntien oikeus järjestää sote-palvelut päätetään erikseen metropolialueelle muodostuvan kuntarakenteen perusteella.

- Maakuntien keskustaajamien ovat:

keskustaajama	asukasluku
• Helsinki	595 384
• Tampere	215 168
• Oulu	188 114
• Turku	178 630
• Jyväskylä	132 062
• Kuopio	103 932
• Lahti	102 308
• Pori	83 133
• Joensuu	73 758
• Lappeenranta	72 133
• Hämeenlinna	67 270
• Vaasa	65 173
• Rovaniemi	60 637
• Seinäjoki	58 703
• Kotka	54 831
• Mikkeli	54 530
• Kokkola	46 585
• Kajaani	38 045

- 2) Muut vähintään noin 50 000 asukkaan työssäkäyntialueen keskustaajamat kuin maakuntien keskustaajamat, voivat toimia sote-alueen vastuukuntana.

- Edellytyksenä on kuitenkin, että sillä on laissa määriteltävä riittävä kantokyky.
 - Työssäkäyntialue määräytyy Tilastokeskuksen kriteerien perusteella³.
 - **Nykyiset yli 50 000 asukkaan kaupungit, jotka eivät ole maakunnan keskuskäy-
punteja:**

kaupunki	asukasluku
• Espoo	252 439
• Vantaa	203 001
• Kouvola	87 567
• Salo	55 283
 - Kuntaliitosten perusteella voi syntyä uusia yli 50 000 asukkaan kuntia, joilla voi olla oikeus järjestää sote-palvelut.
 - Kunnalla ei kuitenkaan ole velvollisuutta toimia sote-alueen vastuukuntana.
- 3) Kunta, jossa on vähintään noin 50 000 asukasta voi järjestää itse laajan perus- ja eri-koistason sote-palvelut omille asukkailleen.

- Edellytyksenä on kuitenkin, että sillä on laissa määritelty riittävä kantokyky.
- Kuitenkin, jos samalla työssäkäyntialueella on useita vähintään noin 50 000 asukkaan kuntia, alueen vastuukunta järjestää sote-palvelut muille vähintään noin 50 000 asukkaan kunnille. Nämä muut kunnat kuuluvat sote-alueeseen.
- Metropolialueella olevien vähintään noin 50 000 asukkaan kuntien oikeus järjestää sote-palvelut päätetään erikseen metropolialueelle muodostuvan kuntarakenteen perusteella.

Edellä kohdissa 2 ja 3 tarkoitettua riittävää kantokykyä arvioitaessa otetaan huomioon jäljempänä kohdassa 4.1.5. todetut tekijät.

Vastuukuntamallin hallinto on kuvattu jäljempänä jaksossa 4.3.

Vastuukuntamallin sijasta sote-alue voidaan toteuttaa kuntayhtymämallilla, jos vastuukunnan asukasluku on alle puolet kaikkien sote-alueeseen kuuluvien kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Kuntayhtymä mallin lisäksi edellytetään, että vastuukunnalla ei ole riittävää kantokykyä vastata laajasta perustasosta.

4.1.3 Perustason alue

Perustasolla järjestettävät palvelut

”Perustason alue voi järjestää perustason sosiaali- ja terveyspalvelut. Näillä tarkoitetaan lähinnä sellaisia palveluja, joita terveyskeskukset ja kuntien sosiaalitoimi järjestävät.”

Perustason alueen kunnilla, joiden asukasluku on 20 000-50 000⁴, on oikeus, muttei velvollisuutta, järjestää perustason sosiaali- ja terveyspalvelut. Tämä järjestämisoikeus on kaikilla samansisältöinen. Tosin sanoen, kaikilla niillä 20 000 – 50 000 asukkaan kunnilla, jotka valitsevat tämän oikeuden mukaisesti perustason järjestämisvastuun, se on yhtä laaja. Poikkeukse-

³ ks. <http://www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/tyossakayntial/001-2013/index.html>

⁴ Tällä hetkellä 20 000-50 000 asukkaan kuntia on 36. Näistä kunnista 60 prosenttia on alle 30 000 asukkaan kuntia ja ne ovat kantokyvyltään kovin erilaisia.

na ovat kuitenkin ne kunnat, jotka saavat jäljempänä mainitulla tavalla oikeuden järjestää lisäksi peruserikoissairaanhoidon⁵ palveluja.

Palvelujen laadun ja asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun turvaamiseksi on perusteltua järjestää sote-alueella niitä sosiaali- ja terveystalvaeluja, joiden järjestäminen vaatii erityisosaamista, tai joiden järjestäminen perustasolla ei ole tarkoituksenmukaista esimerkiksi sen vuoksi, että palvelua tarvitaan harvoin. Muut palvelut järjestetään perustasolla, jos kunta on päättänyt käyttää oikeuttaan järjestää perustason palvelut.

Palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta on välttämätöntä, että sote-alueella järjestettävät palvelut on lainsäädännössä selkeästi määritelty ja että yhteistyö perustason palvelujen ja sote-alueen palvelujen välillä on toimivaa. Perustason alueen ja sote-alueen väliset yhteistyörakenteet tulee toteuttaa siten, että palveluketjut toimivat ongelmattomasti, eikä niin sanottuja väliinpuotoamisia tapahdu.

Edellä olevan mukaisesti tähän kategoriaan kuuluvilla kunnilla on oikeus järjestää perustason sosiaali- ja terveystalvaelut lukuun ottamatta

- päiivystystä (ympäriivurokautinen erikoisaloittainen sairaanhoidon päiivystys ja sosiaalipäiivystys, mukaan lukien turvakotipalvelut)
- erikoissairaanhoidoa (ellei STM ole myöntänyt lupaa peruserikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseksi.)

Sosiaalihuollon palveluja koskevaa lainsäädäntöä ollaan parhaillaan uudistamassa. Siinä yhteydessä arvioidaan ne palvelut ja toiminnot, jotka ovat sisällöllisesti tai toiminnallisesti erikoissairaanhoidoa vastaavalla tavalla sellaisia, jotka on perusteltua määritellä erikoistason palveluiksi. Tämän arvioinnin perusteella määritellään erikseen ne sosiaalihuollon palvelut ja tehtävät, joiden järjestämisvastuu kuuluu aina sote-alueelle.

”Perustasolla voidaan järjestää myös niin sanottuja peruserikoissairaanhoidon palveluja, jos perustason alueen kunta tai kunnat järjestävät uudistuksen voimaantullessa tällaisia erikoissairaanhoidon palveluja. Lisäksi edellytetään, että palvelut tukevat olemassa olevia integraatiota tukevia palveluja. Oikeus järjestää peruserikoissairaanhoidon palveluja edellyttää sosiaali- ja terveystalvaelministeriön hakemuksesta myöntämää lupaa.”

- lupa myönnetään tapauskohtaista harkintaa käyttäen
- luvan edellytyksenä on, että perustason palvelut järjestävässä kunnassa tai alueella on uudistuksen voimaan tullessa jo olemassa olevia integraatiota tukevia palvelurakenteita ja että yhteistyön toteuttamisesta on tehty suunnitelma
 - käytännössä tämä tarkoittaa niitä perustason palvelut järjestäviä kuntia tai perustason alueita, joissa tällä hetkellä terveystalvaelkeskus järjestää erikoissairaanhoidon palveluja tai joiden alueella on (alue)sairaala, joka ei siirry sote-alueen vastuukunnan omistukseen ja jonka toimintaa on tarkoituksenmukaista jatkaa.

⁵ Peruserikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lähinnä sellaista erikoissairaanhoidoa, jota

a) tarvitaan väestötasolla usein (konsultaatiopoliklinikka);

b) tarvitaan yksilötasolla toistuvasti pitkät aikaissairauksien hyvän hoidon ja kuntoutuksen osana; tai

c) lyhytaikaisena vuodeosastohoitona ensisijaisesti ikääntyneen väestön akuuttien tervetystalvaelnien hoitamiseksi.

Perusteet, joiden toteutuessa kunta voi järjestää perustason palvelut itselleen tai joiden toteutuessa voidaan muodostaa perustason alue

- 1) Kunnan asukasluku on vähintään noin 20 000 – 50 000 asukasta.
 - Kunnalla ei kuitenkaan ole oikeutta järjestää perustason palveluja kuntarakennelain 4 d §:ssä tarkoitetulla yhtenäisellä yhdyskuntarakenne- ja työssäkäyntialueella.
 - Edellä olevasta poiketen kuntarakennelain 4 d §:ssä tarkoitetulla selvitysalueella oleva vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan kunta voi saada perustason järjestämisoikeuden vain jos:
 - a) Kunnan asukasluku on lain voimaantullessa yli 20 000⁶.
 - b) Suoritetun valtion erityisen kuntajakoselvityksen perusteella alueelle syntyy useamman kuin yhden 20 000 asukkaan kunnan kokonaisratkaisu. Tämä ehto toteutuu myös sellaisissa tilanteissa, joissa alueella on sote-alueen vastuukuntana toimiva yli 50 000 asukkaan kunta ja yksi 20 000 – 50 000 asukkaan kunta, ja
 - c) kunta sopii sote-alueen vastuukunnan kanssa menettelyistä, joilla varmistetaan kuntalaisen näkökulmasta palvelujen horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio sote-alueella⁷.
 - Mikäli kaikki edellä kohtien a - c kohtien mukaiset edellytykset eivät toteudu saman aikaisesti, ei kuntarakennelain 4 d §:ssä tarkoitetulla selvitysalueella oleva vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan kunta voi saada perustason järjestämisoikeutta.
- 2) Jos kuntarakennelain 4 d §:ssä tarkoitetun yhtenäisen yhdyskuntarakenne- ja työssäkäyntialueen ulkopuolella oleva vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan kunta on työssäkäyntialueen tai muun toiminnallisen kokonaisuuden keskuskunta, se järjestää perustason palvelut tällaiseen toiminnalliseen kokonaisuuteen kuluville alle 20 000 asukkaan kunnille⁸.

Perustason alueen hallinto

Perustason alueen hallintomallina on aina vastuukuntamalli. Alueen keskuskuntana oleva vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan kunta toimii vastuukuntana alueeseen kuuluville muille kunnille. Kunnat eivät voi sopia perustason alueen hallintoa järjestettäväksi kuntayhtymämallilla.

Vastuukuntamallin hallinto on kuvattu jäljempänä jaksossa 4.3.

⁶ Tämä on Orpon koordinaatioryhmän linjaus. Laki on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.1.2015. Tilastokeskus julkaisee vuosittain kuntien asukasluvut vuoden viimeisen päivän tilanteen mukaan. Jotta tieto kunnan oikeudesta järjestää perustason palvelut olisi varmuudella tiedossa jo ennen lain voimaantuloa, tarkoituksenmukaisempaa olisi sitoa väkiluku 31.12.2013 tilanteeseen, joka on myös eduskunnan tiedossa sen käsitellessä lakiehdotusta.

⁷ Laadittavan sopimuksella tulee turvata palvelukokonaisuudet siten, että kuntalaisen näkökulmasta siirtyminen perustason palveluista sote-alueen järjestämiin laajan perustason- ja erityistason palveluihin ja päinvastoin sujuu ongelmitta ja ilman perusteettomia viiveitä. Palvelujen järjestämisen ja tuotannon näkökulmasta tämä tarkoittaa, että alueiden palvelut muodostavat eheän kokonaisuuden, jossa ei ole palvelukatveita eikä toisaalta voimavaroja tuhlaavia päällekkäisyyksiä.

⁸ Jos perustason palvelujen järjestämisoikeuden kriteerit täyttävä vähintään noin 20 000 asukkaan kunta päättää, että se järjestää itse perustason palvelut, niin siinä sovelletaan tuota sääntöä, jonka mukaan alle 20 000 asukkaan kuntien tulee tukeutua siihen ja näin syntyy perustason-alue. Jos taas vähintään noin 20 000 asukkaan kunta päätyy siihen, että se ei itse järjestä sote-palveluja, vaan lähtee mukaan sote-alueeseen, niin tällöin myös alle 20 000 asukkaan kunnat ovat suoraan sote-alueen jäseniä.

4.1.4 Alle 20 000 asukkaan kuntien asema

Alle 20 000 asukkaan kuntien asukkaat saavat lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut joko sote-alueelta tai perustason alueelta. Pääsääntönä on, että kunta kuuluu sote-alueeseen, jonka vastuukunnalla on vastuu kaikkien sote-alueeseen kuuluvien kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Jos kunta kuuluu perustason alueeseen, saavat sen asukkaat palvelut pääosin perustason vastuukunnalta ja osan palveluista sote-alueelta.

Nämä alle 20 000 asukkaan kunnat osallistuvat sote-alueen tai perustason alueen hallintoon siten kuin jäljempänä jaksossa 4.3. on todettu.

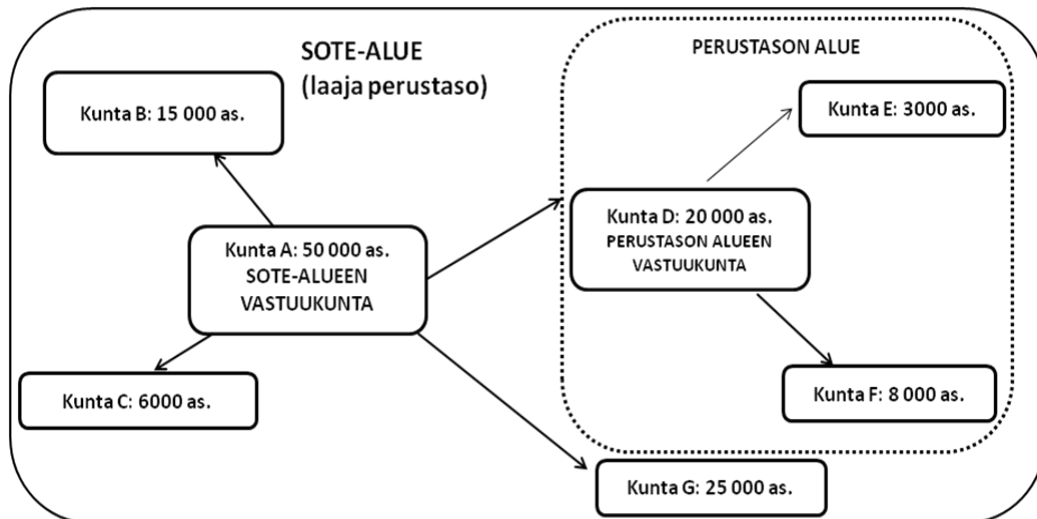
Tällainen alle 20 000 asukkaan kunta osallistuu järjestämisvastuun piiriin kuuluvien palvelujen rahoitukseen siten kuin jäljempänä kohdassa 4.4. todetaan.

Vaikka alle 20 000 asukkaan kunnilla ei ole itsenäistä järjestämisvastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, niiden tehtäviin kuuluu edelleenkin kunnan asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on poikkihallinnollinen tehtävä, joka kattaa kunnan kaikki hallintokunnat.

Jokaisen kunnan tulee osana toimintansa strategista suunnittelua asettaa paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet. Nämä kunnan asettamat tavoitteet ja toimenpiteet on sovittava yhteen kunnan sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavan sote-alueen tai sote- ja perustason alueiden toiminnan kanssa.

4.1.5 Miten alueet muodostuvat

Sote-alueen, perustason alueen ja niihin kuuluvien kuntien keskinäistä suhdetta kuvaa alla oleva kuva.



- Sote-alueen vastuukunta A järjestää kaikki palvelut kunnille A - C sekä perustason ylittävät palvelut kunnille D - F.
- Perustason alueen vastuukunta D järjestää perustason palvelut kunnille D - F.
⇒ B, C, E ja F eivät itse järjestä asukkaistensa sote-palveluja
- Kunta G on kuntarakennelain 4 d §:n tarkoittama > 20 000 asukkaan kunta, joka voi järjestää perustason palvelut vain omille asukkaalleen. Se ei voi toimia vastuukuntana < 20 000 asukkaan kunnille.
- Kunnilla E ja F on edustus kunnan D yhteisessä perustason alueen toimielimessä.
- Kunnilla A - C, G ja perustason alueella on edustus kunnassa A olevassa yhteisessä sote-toimielimessä.

Kuvio 1. Esimerkki Sote-alueesta ja perustason alueesta

Säädettävän sote-järjestämislain perusteella syntyvät sote-alueet ja perustason alueet määritellään edellä 4.1.2. – 4.1.4. todettujen perusteiden mukaisesti. Alueet ja niihin kuuluvat kunnat määrätään valtioneuvoston asetuksella.

Mainitut perusteet eivät määritä täysin yksiselitteisesti muodostuvia alueita. Esimerkiksi vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan kunnat voivat edellä kohdassa 4.1.3. todettujen kriteerien mukaisesti päättää, järjestävätkö ne itse perustason palvelut vai ovatko ne myös perustason palvelujen osalta mukana sote-alueessa. Näiden 20 000 – 50 000 asukkaan kuntien ratkaisulla on vaikutusta myös niiden kanssa samaan yhdyskuntarakenteen- tai työssäkäyntialueeseen kuuluvien kuntien aseman. Lisäksi sote-alueen vastuukunnan työssäkäyntialueen ulkopuolisten kuntien suuntautumisessa voi olla eri vaihtoehtoja.

Yksittäistapauksissa alueiden muodostamisessa voidaan myös poiketa määritellyistä väestöpohjakriteereistä, jos siihen on erityisiä syytä. Tällaisena perusteena voi olla esimerkiksi kielellisten oikeuksien toteuttaminen.

Perustuslain 122 §:n 1 momentin mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslakiesityksessä pidettiin tärkeänä, että hallintoa järjestettäessä otetaan huomioon perustuslain 17 §:ssä säädetyt kielelliset perusoikeudet sekä turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön yhdenvertaiset mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään.

Perustuslakiesityksestä antamassaan mietinnössä perustuslakivaliokunta katsoi kielellisten olosuhteiden voivan merkitä sellaisia erityisiä syitä, joiden vuoksi voidaan poiketa sinänsä yhteensopivista aluejaotuksista.

Kielelliset olosuhteet on näin ollen otettava huomioon sote-alueita ja perustason alueita muodostettaessa ja ne saattavat vaikuttaa eri ratkaisuvaihtoehtojen arviointiin. Erityisesti on huolehdittava siitä, että hallinnolliset muutokset eivät huononna mahdollisuuksia tulla toimeen omalla kielellään

Edellä olevan perusteella kuntia kuullaan lain vahvistamisen jälkeen alueiden muodostamisesta. Kunnat voivat tällöin esittää näkemyksensä järjestämisoikeuden toteuttamisesta sekä sote-alueista ja perustason alueista.

4.1.6 Kantokykitekijät

Kuten edellä jaksossa 4.1.2 on todettu, sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu edellyttää eräissä tapauksissa riittävä kantokyky. Laissa määritelty riittävä kantokyky on edellytyksenä sille, että

- muu vähintään 50 000 asukkaan työssäkäyntialueen keskuskunta kuin maakunnan keskuskunta voi toimia sote-alueen vastuukuntana ja, että
- kunta, jossa on vähintään 50 000 asukasta, voi järjestää itse laajan perus- ja erikoistason sote-palvelut omille asukkailleen

Kantokyky otetaan huomioon myös arvioitaessa, että voidaanko sote-alue toteuttaa vastuukuntamallin sijasta kuntayhtymämallilla. Jos alueen vastuukunnan asukasluku on alle puolet alueeseen kuuluvien kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta, ja sen kantokyky ei ole riittävä laajan perus- ja erikoistason palvelujen järjestämiseksi, voidaan sote-alueen hallintomalli toteuttaa kuntayhtymämallilla.

Kantokyky koostuu talouden kestävydestä ja vakaudesta, ammattitaitoisen henkilöstön riittävyydestä, riittävästä osaamisesta, sekä tarvittavasta infrastruktuurista ja alueellisesta eheydestä. Näitä kantokykitekijöitä voidaan kuvata ja arvioida erilaisilla indikaattoreilla. Riittävälle kantokyvylle tai yksittäisille kantokykyä kuvaaville indikaattoreille ei ole kuitenkaan määriteltävissä yksiselitteisiä numeraalisia raja-arvoja. Lisäksi eri indikaattorit saattavat osoittaa eri suuntiin ja niiden painoarvo saattaa vaihdella. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastuussa olevan tahon kantokyky tulee aina suhteuttaa palvelujen tarpeeseen alueella eli siihen, kuinka paljon ja millaisia palveluja väestölle tulee järjestää. Tähän vaikuttaa mm. alueen väestörakenne. Lisäksi kantokyky tulee suhteuttaa alueen muihin ominaispiirteisiin, kuten sen kielellisiin, maantieteellisiin ja muihin erityisolosuhteisiin. Mitä suuremmat tarpeet ja haastavammat olosuhteet ovat, sitä enemmän järjestävän tahon kantokyvyltä vaaditaan. Kantokyvyn arvioinnissa on otettava huomioon myös olemassa oleva tieto siitä, miten järjestävä taho on tosiasiallisesti suoriutunut sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta aiemmin, eli mitä sen järjestämien palvelujen saatavuudesta, laadusta ja tuloksista on tiedossa.

Vaikka riittävälle kantokyvylle ei voida määrittää yksiselitteisiä numeraalisia arvoja, voidaan arvioinnin lähtökohdaksi ottaa kansallinen taso. Keskeisten kantokykya kuvaavien indikaattoreiden kansalliseen tasoon verrattuna olennaisesti heikommat arvot osoittavat, että alueen kantokyky ei ole järjestämisvastuun kannalta riittävä eikä edellytys järjestämisvastuun saamiselle siten täyty. Toisaalta kansalliseen tasoon verrattuna korkeammatkaan arvot eivät välttämättä osoita riittävää kantokykya, jos alueen olosuhteet ovat erityisen haastavat.

Kantokyvyn arvioinnissa on aina kyse kokonaisharkinnasta, jossa arvioidaan järjestävän tahon kykyä varmistaa riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutuminen alueellaan. Palvelujen riittävyyden kriteerinä on tällöin se, että sosiaali- ja terveyspalvelujen tulee toteutua väestön näkökulmasta yhdenvertaisesti koko maassa. Kunkin järjestämisvastuussa olevan tahon riittävä kantokyky on edellytys sille, että yksilöiden yhdenvertainen oikeus hyviin sosiaali- ja terveyspalveluihin toteutuu.

Kantokykytekijöitä on käsitelty laajasti asian aiemmissa valmisteluvaiheissa, kuten selvityshenkilöryhmän raportissa. Jatkotyössä täsmennetään kantokyvyn arvioinnin kriteereitä ja menettelyä. Lähtökohdaksi otetaan seuraavat selvityshenkilöryhmän raportissa käytetyt kriteerit, joita kehitellään jatkovalmistelun yhteydessä edelleen:

Talouden kestävyys ja vakaus

Talouden kestävyyttä voidaan kuvata seuraavilla indikaattoreilla:

- verotulot €/ asukas
- valtionosuudet €/ asukas
- velka €/ asukas (kokonaisvelka)
- sote-nettomenot €/ asukas
- toimeentulotuki €/ asukas
- erikoissairaanhoidon nettomenot €/ asukas

Indikaattoreita voidaan verrata kansalliseen tasoon sekä mm. maakunnan tasoon, jolloin saadaan käsitys alueellisista mahdollisuuksista. Järjestämisvastuullisen tahon talouden kestävyiden tulee suhteutua väestön tarpeisiin ja alueen erityisolosuhteisiin. Mitä haastavampi väestön palvelutarvetaso tai alueen olosuhteet ovat, sitä vahvempi tulisi talouden olla, jotta taloudellista kantokykyä voidaan pitää riittävänä.

Henkilöstön riittävyys ja riittävä osaaminen

Taloudellisten kantokykytekijöiden lisäksi olennainen kantokykytekijä on ammattitaitoisen henkilökunnan riittävyys ja riittävä osaaminen. Jokaisella järjestämisvastuussa olevalla taholla on oltava riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö ja erityisosaaminen ainakin julkisen vallan käyttöä edellyttävien tehtävien hoitamista varten. Esimerkiksi asiakkaan palvelutarpeen selvittäminen ja palvelujen myöntämistä koskeva päätöksenteko kuuluu järjestämisvastuullisen tahon tehtäviin, jota ei voi ulkoistaa viranomaisorganisaation ulkopuolelle. Vaadittavaan järjestämistahon osaamiseen kuuluu keskeisesti myös sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoon, ohjaukseen, seurantaan ja järjestelmän kehittämiseen liittyvä osaaminen. Vaikka järjestäjällä voikin olla palveluksessaan yksittäisiä taitavia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, ei tämä vielä luo riittäviä edellytyksiä toiminnan hyvälle johtamiselle, hallinnoinnille ja kehittämiselle. Etenkin palvelujen ulkoistamiseen liittyvät periaatteelliset kannanotot, hankinta- ja hyväksymismenettelyt sekä palvelujen laatu- ja potilasturvallisuusjärjestelmien kehittäminen ja toimeenpano edellyttävät hallinnollisen ja sisältöosaamisen yhdistämistä.

Kantokykyä arvioitaessa on tärkeää ennakoida pidemmällä aikavälillä määrällisiä ja laadullisia henkilöstötarpeita suhteessa väestön palvelutarpeisiin. Kunta-alan eläkepoistumaennusteen 2012 -2030 (KEVA) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisesta henkilöstöstä siirtyy eläkkeelle runsaan kymmenen vuoden aikana 44 prosenttia. Poistumassa on myös eroja eri ammattiryhmien välillä. Lähihoitajien ja vastaavien saatavuus tulee erityisosaajien saatavuuden lisäksi lähitulevaisuudessa entistä haasteellisemmaksi syrjäseuduilla. Sosiaalityöntekijöiden riittävyttä heikentää merkittävästi eläkepoistuman ohella jo olemassa olevat vajeet. Lääkärimäärä kasvaa, mutta erikoisalakohtaisesti on suurta vaihtelua eläkepoistuman jakautuessa epätasaisesti erikoisalojen kesken ja lisäksi erikoistumiskoulutuksen ohjaus on ollut riittämätöntä.

Henkilöstön ja osaamisen näkökulmasta keskeisiä indikaattoreita ovat keskeiset työntekijämäärät, kuten

- terveyskeskuslääkäreiden määrä / 10 000 asukasta
- hammaslääkäreiden määrä / 10 000 asukasta
- sosiaalityöntekijöiden määrä / 10 000 asukasta
- lähihoitajien ja vastaavien määrä / 10 000 asukasta
- sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden määrä/ 10 000 asukasta

sekä eläkepoistuma 2012–2030 ja vaje tiedot

- sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen henkilöstön eläkepoistuma
- lääkärivajeet
- sosiaalityöntekijävajeet

SOTE-infrastruktuuri

Järjestämisvastuullisen tahon on kyettävä huolehtimaan palvelujärjestelmän riittävästä infrastruktuurista. Tiloja ja laitteita tulee kyetä kehittämään muuttuvien palvelutarpeiden ja palvelujen tuotantomenetelmien mukaisesti tehokkaiksi ja toimiviksi. Samanaikaisesti tulee kuitenkin välttää kilpavarustelua. Erityisesti erikoissairaanhoidon palvelutuotannon osalta sairaalakiinteistöjä on olemassa jo riittävästi.

On tärkeää, että järjestäjä kykenee pitämään huolta lähipalveluista, joiden toteuttaminen tulevaisuudessa tapahtuu nykyistä selvästi monimuotoisemmin mm. liikkuvia ja virtuaalisia palveluja hyödyntäen. Tietojärjestelmäratkaisut vaativat riittävän suuria järjestäjiä, jotta ne voidaan toteuttaa tehokkaasti.

Palvelujen tarpeet

Palvelujen tarpeita voidaan arvioida seuraavilla avainindikaattoreilla, joista tiedot on muokattavissa kunnittain, alueittain, maakunnittain ja kansallisesti:

- väestön kehitys vuoteen 2025
- yli 75-vuotiaiden prosentuaalinen osuus koko väestömäärästä (nykytila ja väestökehitys 2025)
- huoltosuhde
- sairastavuusindeksi

Mitä suurempaa palvelujen tarvetta avainindikaattorit osoittavat kansalliseen tasoon verrattuna, sitä vahvempi järjestäjän kantokyvyn tulee olla.

Palvelujen käyttö

Tieto palvelujen käytöstä sekä sosiaalihuollon keskeisistä asiakasryhmistä, joille tarjotut palvelut aiheuttavat merkittäviä kustannuksia tai vaativat erityisosaamista, toimii kantokykyindikaattorina suhteutettaessa palveluista aiheutuvat kustannukset järjestämisvastuussa olevan tahon talouteen ja palveluissa tarvittava henkilöstö ja osaaminen sen käytettävissä olevaan henkilöstöön ja osaamiseen.

Palvelujen käyttöön voi paikallisesti ja alueellisesti olla jossain määrin vaikutusta myös asiakkaan ja potilaan valinnanvapaudella⁹. Sen vuoksi myös valinnanvapauden todennäköiset vaikutukset tulee ottaa huomioon kantokykyä arvioitaessa.

4.2 ERITYISVASTUUALUEET JA YLIOPISTOLLISET SAIRAALAT

4.2.1 Nykytila

Nykylainsäädännön mukaiset erityisvastuualueen ja yliopistollisen sairaalan tehtävät on lueteltu taulukossa 1.

Taulukko 1. Esimerkkejä erityisvastuualueen tehtävistä voimassa olevan lainsäädännön mukaan

Ervan sairaanhoitopiirien on yhteistyössä

- suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto, tietojärjestelmäratkaisut, lääkinnällinen kuntoutus ja erilaiset hankinnat.
- sovitettava yhteen koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta sekä maakuntien liittojen kanssa työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa.

Ervan sairaanhoitopiirien on tehtävä järjestämissopimus, jossa sovitaan:

- sairaanhoitopiirien yhteistyöstä ja työnjaosta erä-alueella
- lääkinnällisestä kuntoutuksesta
- päivystyksestä
- ensihoitokeskuksen toiminnasta ja tehtävistä (mm. ensihoitopalvelun lääkäritasoinen päivystys, lääkärihelikopteritoiminta, Virve, terveystoimen alueelliset hälytysohjeet)
- perusterveydenhuollon tukemisesta
- henkilöstön saatavuuden turvaamisesta ja koulutuksesta
- kehittämisen tueksi tarvittavasta tutkimuksesta
- käytössä olevien menetelmien arvioinnista ja uusien menetelmien käyttöönotosta,
- yhtenäisten hoidon perusteiden seurannasta yhdessä muiden erävojen, THL:n ja Fimean kanssa

Valtion rahoitus tutkimukseen ja koulutukseen

- Ervan sairaanhoitopiirit perustavat tutkimustoimikunnan, joka jakaa valtion tutkimusrahoituksen alueella
- STM jakaa korvausta lääkäri- ja hammaslääkärikoulutukseen yliopistollisille sairaaloille

Muut erityistehtävät

- Valtio korvaa yo-sairaaloille lapsiin kohdistuneiden seksuaalirikosten oikeuspsykiatristen tutkimusten kustannukset. Soveltamisalan laajennus muuhun kaltoinkohteluun on vireillä.

⁹ Valinnanvapautta on käsitelty tarkemmin jäljempänä jaksoissa 4.4.4 ja 5.2.

Koska sosiaalihuollon palveluissa ei ole tällä hetkellä vastaavaa erityistason toimintaa kuin terveydenhuollossa, ei niistä ole laadittavissa vastaavaa taulukkoa kuin terveydenhuollon palveluista. Sosiaalihuollon lakisääteiset palvelut on kuvattu liitteessä 2. Osa näihin lakisääteisiin palveluihin liittyvistä tehtävistä on sellaisia, jotka on perusteltua määritellä erityistason palveluiksi. Sosiaalihuollon palveluja koskevaa lainsäädäntöä uudistetaan parhaillaan. Siinä yhteydessä arvioidaan myös erityistason palveluiksi määriteltävät tehtävät.

Terveydenhuolto

Erikoissairaanhoitolain mukaan maa on erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten jaettu sairaanhoitopiiriin lisäksi erityisvastuualueisiin, joista on säädetty tarkemmin valtioneuvoston asetuksella (812/2012). Nykyisen lainsäädännön mukaan erga ei ole oikeushenkilö, vaan sen hallinto tukeutuu yliopistollisen sairaanhoitopiirin hallintoon. Yliopistollisille sairaaloille on valtioneuvoston asetuksella (336/2011) annettu joitakin erityistason sairaanhoidon tehtäviä sekä vastuutettu ns. seri-lain (1009/2008) mukaiset lasten oikeuspsykiatriset tutkimukset.

Yhteisten tehtäviensä toteuttamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymien on tehtävä terveydenhuoltolain mukainen erikoissairaanhoidon järjestämissopimus kunnallisvaltuustokausittain. Valtioneuvoston asetuksella (337/2011) on annettu tarkempia säännöksiä asioista, joista on sovittava erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Lisäksi STM:n asetuksella on säädetty siitä, miten erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen on yhteen sovitettava alueensa sairaanhoitopiiriin ensihoitopalvelujen toimintaa.

Terveydenhuoltolain 61 - 62 §:ssä säädetään valtion rahoituksesta yliopistotasoiseen terveyden tutkimuksen. Valtion rahoitusta myönnetään erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka päättävät tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö jakaa valtion varoista yliopistollisille sairaaloille vuosittain korvausta lääkäreiden ja hammaslääkäreiden koulutukseen (terveydenhuoltolaki 59- 60 §). Koulutuskorvaus maksetaan suoritettujen tutkintojen ja uusien opiskelijoiden lukumäärän perusteella.

Terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiireissä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveysalan asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutuskehtujen laatimista, täydennyskoulutusta ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvien osien sosiaalitoimen yhteensovittamisesta.

Sosiaalihuolto

Sosiaalihuollossa ei ole samanlaisia erityisvastuualueita kuin terveydenhuollossa.

Sosiaalihuoltolaki (710/1982) sisältää säännökset sosiaalihuollon järjestämisvelvollisuudesta, hallinnosta ja menettelystä sosiaalihuoltoa toteutettaessa. Sosiaalihuoltolaissa säädetään myös kunnan sosiaalihuollon toimintaedellytyksistä henkilöstön ja toimitilojen osalta. Asiakkaan palvelutarpeen arviointi ja päätöksenteko kuuluvat kunnan sosiaaliviranomaiselle. Tarpeen selvittämisellä ja sitä seuraavalla hallintopäätöksellä muutoksenhakumahdollisuuksineen on korostunut asema sosiaalipalvelujen saannissa.

Osa sosiaalihuoltoon kuuluvista palveluista on määritelty sosiaalihuoltolaissa (17 §:n 1 momentti) Sen mukaan kunnan on huolehdittava sosiaalityön, kasvatus- ja perheneuvonta-, kotipalvelujen, asumispalvelujen, laitoshuollon, perhehoidon, vammaisten henkilöiden työllistymistä tukevan toiminnan ja työtoiminnan järjestämisestä. Kyse on pääsääntöisesti määrärahasidonnaisten oikeuksien toteuttamisesta.

Osasta sosiaalipalveluja ja niiden saannista on omat väestö- tai asiakasryhmäkohtaiset erityislakinsa, jotka määrittävät sosiaalihuollon sisältöä oman erityisalueensa osalta huomattavasti yleislakina toimivaa sosiaalihuoltolakia laajemmin ja yksityiskohtaisemmin (ks. taulukko 2).

Sosiaalihuollon viranomaisluonteesta ja tieteellisen toiminnan nuoruudesta johtuen toiminnan piirissä ei ole kehittynyt samanlaista ongelmien vaikeusasteeseen, harvinaisuuteen tai vaadittavaan erityisosaamiseen perustuvaa porrastettua palvelurakennetta kuin terveydenhuollossa. Osaa sosiaalihuollon palveluja koskee erityinen järjestämisvelvollisuus, joka takaa palvelua tarvitsevalle subjektiivisen oikeuden palveluun kunnan taloudellisesta tilanteesta riippumatta. Pääosin palvelujen saanti määräytyy palvelutapahtumassa tehtävän ammatillisen harkinnan ja sitä seuraavan hallintopäätöksen kautta. Siten sosiaalihuollossa korostuu sen luonne viranomaistehtävänä ja julkisen vallan käyttö.

Järjestöpohjaisesti tuotetut erityispalvelut ovat muodostuneet keskeiseksi osaksi sosiaalihuollon erityispalvelujen rakennetta, koska järjestöillä on perinteisesti ollut vahva asiantuntemus ja intressi tuottaa erityisen vaativia palveluja omalle ryhmälleen.

Eräät sosiaalipalvelut ovat käytännössä lähes kokonaan järjestöjen vastuulla, kun muita tuottajia ei ole. Näiden erityispalvelujen yhdenvertainen saatavuus on ollut uhattuna, koska etenkin pienet ja kantokyvyltään heikot kunnat eivät ole tunnistanee palveluiden tarvetta tai selviytyneet järjestämisvastuun edellyttämästä rahoituksesta.

Sosiaalihuollon opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen ei tällä hetkellä ole terveydenhuollon opetus- ja koulutustoiminnasta maksettavaan korvaukseen verrattavaa erityisvaltionosuutta. Sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä huolehdittava sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä.

Alueellista sosiaalihuollon koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoimintaa tukevat sosiaalialan osaamiskeskukset, joiden toiminnasta on säädetty osaamiskeskustoimintaa koskevassa laissa (1230/2001). Osaamiskeskuksista ja niiden toimialueista säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella ja niiden toiminnan tukemiseksi suoritetaan valtionavustusta. Osaamiskeskusten toimialueet kattavat kaikki kunnat. Ruotsinkielisen väestön tarpeita varten on lisäksi ruotsinkielinen osaamiskeskus. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii valtioneuvoston neljäksi vuodeksi kerrallaan asettama sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunta.

4.2.2 Keskeiset ehdotukset ervan toteuttamisesta

Uudistuksen jälkeen erityisvastuualueiden rooli ja tehtävät muuttuvat olennaisella tavalla. Olennainen ero aikaisempaan verrattuna on, että uudella sote-ervalla on sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon tehtäviä. Viisi uutta sote-ervaa ovat oikeushenkilöitä, joilla on lakiin perustuva oikeus ja velvollisuus sitovaan päätöksentekoon toimivaltaansa kuuluvissa asioissa. Ervan ylintä päätöksentekovaltaa käyttää yhtymäkokous. Lisäksi ervalla on hallitus ja käytössään tarpeellinen määrä valmisteluelimiä ja asiantuntijoita.

Uuden sote-ervan perustehtävät palvelurakenneuudistuksen jälkeen olisivat

- 1) yhdenvertaisuuden turvaaminen erityisesti sote-alueiden yhteistyötä vaativissa keskitettävissä palveluissa
- 2) päällekkäisyyksien ja kilpavarustelun välttäminen sekä palvelukatveiden tunnistaminen
- 3) voimavarojen tarkoituksenmukainen ohjaus
- 4) tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen alueellinen koordinaatio sekä
- 5) erikseen määritellyt viranomaistehtävät, joita ei ole tarkoituksenmukaista antaa yksittäisten sote-alueiden tehtäviksi.

Valtioneuvoston asetuksella on tarkoitus säätää siitä, mitkä sote-alueet kuuluvat mihinkin ergaan. Asetus on tarkoitus antaa vuonna 2014/2015.

4.2.3 Sote-ergan tehtävät

Keskeinen osa uuden ergan toimintaa olisi siihen kuuluvien sote-alueiden toiminnan koordinaatio ja ohjaus sekä näihin liittyvät tukitoiminnot. Tehtäviensä toteuttamiseksi sote-ergalla on itsenäinen, lakiin perustuva päätösvalta.

Koska ergalla ei ole palveluiden järjestämisvastuuta, on muodostettava kriteerit niille nykyisessä lainsäädännössä nimetyille kuntien, sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden tehtäville, jotka jatkossa siirtyvät erityisvastuualueille. Ergan tehtävien perusteet ja keskeiset toiminta-alueet määritellään lain tasolla. Tehtävien kuvausta täsmennetään asetuksin.

Uudelle sote-ergalle annettavat keskeiset tehtävät ja niiden kriteerit ovat seuraavat:

- 1) yhdenvertaisuuden turvaaminen erityisesti sote-alueiden yhteistyötä vaativissa keskitettävissä palveluissa
 - kaikille sote-ergoille säädettävät tehtävät, kuten 24/7 päivystyspalvelut, ja sosiaalihuollon kriisipäivystys, potilas- ja asiakastietojen hallinnassa käytettävien tietojärjestelmien yhteentoimivuus, poikkeusolovalmius
 - erga-kohtaiset: järjestäminen yksin yhdelläkin sote-alueella ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista (erga päättää)
- 2) päällekkäisyyksien, kilpavarustelun sekä palveluvajeiden välttäminen ja voimavarojen tarkoituksenmukainen ohjaus. Tämä koskee palveluita, joihin liittyy seuraavia ominaisuuksia:
 - kallis infrastruktuuri
 - harvinainen sairaus tai terveysongelma (EU-määritelmä)
 - harvinaiset vammat, sosiaaliset ongelmat ja ongelmien kasautumat,
 - vaativa moniammatillinen tiimityö ja erityisosaaminen
 - keskittämisestä seuraa laatu- ja potilasturvallisuuseta
 - keskittämisestä seuraa mittakaavaeta
 - tilanteet, joissa alueella oleva kapasiteetti ylittää merkittävästi palveluiden tarpeen

Kohtien 1. ja 2. tarkoittamaa koordinaatiotehtävää kuvataan tarkemmin kohdassa 4.2.4.

- 3) tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen alueellinen koordinaatio. Tällä tarkoitetaan
 - tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen perusinfrastruktuurin, yliopisto- ja ammattikorkeakouluyhteistyön ja muiden edellytysten varmistamista
 - tutkimusrahoituksen tarkoituksenmukaista kohdentamista
 - monialaisen osaamisen varmistamista
 - osaamis- ja koulutustarpeen ennakointia sekä osallistumista maakuntien liittojen vastuulla olevaan alueelliseen työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointiin

Tätä koordinaatiotehtävää kuvataan tarkemmin kohdassa 4.2.5. Jatkovalmistelussa on huomioitava meneillään olevat evo-selvitykset sekä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen aseman muutoksen vaikutukset.

4) viranomaistehtävät, joissa:

- käytetään merkittävää julkista valtaa, ja jotka lisäksi;
- kohdistuvat koko sote-ervan alueelle; ja
- jotka on harvinaisuutensa tai muun seikan johdosta tarkoituksenmukaista hoitaa keskitetysti.

Jatkovalmistelussa ratkaistaan, mitkä nykyiset viranomaistehtävät kuuluvat säädöspohjaisesti sote-alueelle, mitkä ervalle ja missä tapauksissa työnjako voidaan jättää erva-alueen päätettäväksi.

Lisäksi jatkovalmistelussa on määriteltävä erityisvastuualueiden yhteiset, moniviranomaisyhteistyöhön ja yleiseen turvallisuuteen liittyvät erva-tason viranomaistehtävät. Tällöin on otettava huomioon hätäkeskusuudistuksen eteneminen.

4.2.4 Koordinaatiotehtävien toteuttaminen: järjestämissopimus

Erityisvastuualueen koordinoitavat palvelukokonaisuudet ja muut tehtävät säädetään lailla, jotta koordinaatiosta voidaan päättää sitovasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen yhteensovittamisen vastuita täsmennetään tarvittaessa asetuksella. Edellä kohdassa 4.2.3 on alustava listaus uuden sote-ervan koordinaatiovastuulle annettavista tehtävistä.

Koordinaatiotehtävien toteuttamiseksi säädetään erityisvastuualueen sote-alueiden välisestä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissopimuksesta. Järjestämissopimuksen sisällöstä säädetään lailla, ja sitä täsmennetään tarvittaessa nimiketason asetuksella. Järjestämissopimukseen voidaan ottaa myös tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen koordinaatiota sekä viranomais-tehtävien hoitamista koskevia kohtia. Vastuu sopimuksen laadinnasta ja seurannasta on sote-ervan hallituksella. Sopimus laaditaan riittävän pitkäksi ajaksi, esimerkiksi kuusivuotiskaudeksi, ja sen toimeenpanoa ja tavoitteiden toteutumista seurataan joka toinen vuosi.

Sote-ervalla on järjestämissopimusta koskeva, sopimusosapuolia sitova päätösvalta¹⁰. Järjestämissopimuksen hyväksyy erva-kuntayhtymän yhtymäkokous. Jos sote-alueet eivät pääse sopimukseen tai jos järjestämissopimus ei täytä laissa tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto/STM voi määrätä sopimuksen sisällöstä. Jatkotyössä on tarkennettava säännöstä menettelytavoista ja seuraamuksista, jos sote-alueet eivät pääse yksimielisyyteen sopimuksen toimeenpanosta.

Koordinoitaville palvelukokonaisuuksille on ominaista, että niiden suunnittelu ja ohjaus perustuvat alueelta kerättävään tietoon ja/tai tutkimusnäyttöön:

- palveluiden tarve on laadultaan sellainen, ettei riittävää osaamista, infrastruktuuria tai valmiuden ylläpitoa ole yhdenveroisesti saatavilla kaikilla sote-alueilla
- investointikustannukset tai yksikkökustannusten hillintä puoltavat koordinaatiota ja kilpavarustelun estoa
- palvelun ylläpitoon tarvitaan koko ervan voimavaroja (esim. 24/7 päivystys)
- palveluiden laatu ja potilasturvallisuus edellyttävät keskittämistä
- palveluketjujen yhtenäisyys edellyttää erva-tason koordinaatiota

Jatkotyössä määritellään, missä tilanteissa sote-ervalla on oikeus pyytää selvityksiä sote-alueilta ja tarvittaessa koordinoita niitäkin sote-alueiden järjestämisvastuuseen kuuluvia palveluita, jotka eivät lähtökohtaisesti kuulu ervan koordinaatiovastuulle. Puuttumisoikeus yhdenvertaisuuden turvaamiseksi voisi tulla kyseeseen esimerkiksi, jos tarpeellista kiireellistä

¹⁰ Jatkovalmistelussa määritellään tarkemmin se, miltä osin ervalla on sitovaa päätösvaltaa.

hoitoa ei olisi saatavilla tai henkilöstöpula vaikeuttaisi sosiaalihuollon päätöksentekoa tai asianmukaista kiireettömään hoitoon pääsyä. Kyseessä ei ole viranomaisvalvonta, joka on jatkossakin valtion tehtävä, vaan palvelukokonaisuuksien eheyden ja laadun arviointi sekä organisaatioiden omavalvonnan ja laadun kehittämistoimien tukeminen.

Terveystenhuollossa nykyinen erityisvastuualueittain laadittava palveluiden järjestämissopimus on lähtökohtana myös uudelle sääntelylle. Sosiaalihuollossa ei voida nimikkeiden avulla määritellä koordinaatiota edellyttäviä vaativan erityisosaamisen palveluja samalla tavalla kuin terveydenhuollossa. Koordinaation kohteena ovat nykyinen moninaisten erityispalvelujen kenttä ja kuntien toiminnasta vaativiksi, erva-tasolla koordinoitaviksi erityispalveluiksi "nostetut" palvelut. Tyypillisesti niissä tarvitaan moniammatillista tiimiä ja työotetta ja usein myös tiivistä yhteistyötä terveydenhuollon kanssa.

Sote-ervojen kehittäminen tasavertaiseksi toimijaksi sekä sosiaali- että terveydenhuollon kysymyksissä vaatii erityistä huomiota. Valmisteluryhmässä on tuotu esiin näkemys, että tätä varten on kehitettävä valtakunnallisesti yhtenäiset sosiaalipalveluiden porrastamisen kriteerit. Myös sosiaalihuollossa osa palveluista on niin erikoistuneita, että ne voidaan turvata vain valtakunnallisella tasolla.

Sosiaalihuollon vaativaa erityisosaamista edellyttävien palvelujen saatavuuden turvaamiseksi ja niiden toiminnalle välttämättömän tiedollisen perustan luomiseksi¹¹ valmisteluryhmä ehdottaa, että kehittämistyö annetaan aluksi ensisijaisesti yhden tai kahden ervan vastuulle esimerkiksi neljän vuoden ajaksi. Tämän pilotointi- ja kehittämisvaiheen jälkeen olisi mahdollista arvioida ervojen ja laajasta perustasosta vastaavien järjestämistahojen keskinäinen työnjako uudelleen.

4.2.5 Tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen koordinaatio

Terveystenhuoltolain 61 - 62 §:ssä säädetään *valtion rahoituksesta yliopistotaseeseen terveyden tutkimuksen*. Yliopistotaseeseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka päättävät tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille. Terveystenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä kunta, kuntayhtymä, valtion mielisairaala tai sosiaali- ja terveystenministeriön asetuksella säädetty palvelujen tuottaja voivat hakea terveyden tutkimuksen rahoitusta.

Sosiaali- ja terveystenministeriö jakaa valtion varoista yliopistollisille sairaaloille vuosittain *korvausta lääkärin ja hammaslääkärin koulutukseen* (terveydenhuoltolaki 59- 60 §). Koulutuskorvaus maksetaan suoritettujen tutkintojen ja uusien opiskelijoiden lukumäärän perusteella. Sosiaali- ja terveystenministeriö määrittelee korvauksen määrät vuosittain asetuksella. STM on asettanut kolme selvityshenkilö tekemään esiselvityksen 30.9.2013 mennessä koulutukseen suunnattava erityisvaltionosuuden tarpeesta sosiaalihuollon koulutuksessa, lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksessa ja muussa terveystalan koulutuksessa, joka kattaa hoitotyön ammattihenkilöryhmät ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöryhmät.

Koska ervat vastaisivat jatkossa tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen alueellisesta koordinaatiosta, olisi luontevaa, että edellä mainitut koulutuskorvaukset ja tutkimusrahoitus mak-

¹¹ Luominen tarkoittaa muun muassa:

- puuttuvan tietopohjan luomista tarpeista, palveluista, niiden volyymeistä, kustannuksista ja palvelujen tuottajista;
- porrastamisen kriteerien määrittelyä kullekin palvelulle ja sen arviointia, missä laajuudessa niissä tarvitaan moniammatillista tiimiä ja työotetta sekä yhteistyötä terveydenhuollon kanssa; sekä sen määrittelemistä, onko joidenkin palvelujen osalta tarvetta erityisiin toimenpiteisiin niiden saatavuuden ja rahoituksen turvaamiseksi (esim. EU-säännösten mukainen SGEI määrittely).

settaisiin jatkossa ervoille. Tällöin on otettava huomioon edellä mainittujen selvitysten perusteella kyseeseen tulevat koulutus-ervoja koskevat jatkotoimet. Lisäksi on kiinnitettävä huomiota myös sosiaalihuollon yliopistotasaisen tutkimustoiminnan edellytyksiin. Systemaattisesti ja kiinteässä yhteydessä käytännön toimintaan tuotettu tutkimustieto mahdollistaa sosiaalihuollossa näyttöön perustuvan palvelutoiminnan ja parantaa tulevaisuudessa palveluprosessien ja menetelmien vaikuttavuutta. Valmisteluryhmä katsoo, että palvelurakenneuudistuksen integraatiotavoitteiden toteuttamiseksi valtion erillisrahoitusta tulisi kohdentaa myös sosiaalihuollon yliopistotasaiseen tutkimukseen. Koulutus- ja tutkimus-ervojen kohdentamisen laajennukset on huomioitava valtion korvausten vastaavan suuruisina tasokorotuksina.

Jatkotyössä on määriteltävä tarkemmin, miten yliopiston ja ammattikorkeakoulujen edustus turvataan sote-ervan hallinnossa ja miten niiden vastuulla olevien toimintojen integroituminen sote-alueiden toimintaan käytännössä järjestetään (esimerkkeinä alueelliset tutkimustoimikunnat, tutkimusstrategiat, pysyvät kehittämisrakenteet ja yhteiset vakanssit). Koulutuksen osalta on sovittava, miten nykyisen lainsäädännön mukaiset henkilöstötarpeen ennakointiin ja alueellisen koulutuksen suunnitteluun ja kehittämiseen liittyvät tehtävän hoidetaan sote-alueiden ja ervan yhteistyönä¹².

Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste)*. Ohjelma perustuu Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin (733/1992, 5 §). Kaste-ohjelman tavoitteiden saavuttamista ja toimeenpanoa tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustukset. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa ohjelman strategisesta johtamisesta. Ohjelman alueellisesta toteuttamisesta vastaa viisi alueellista johtoryhmää. Uutta valtakunnallista kehittämisrakennetta koskevassa jatkotyössä on ratkaistava, miten Kaste-ohjelman ja sote-ervojen yhteistyö järjestetään.

Jatkotyössä on ratkaistava nykyisten sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköiden ja toisaalta sosiaalalan osaamiskeskusten asema ja tehtävät sekä rahoitus uudessa järjestämisrakenteessa. Valmisteluryhmä katsoo, että jo tehty kehittämistyö ja rakennetut kehittämisverkot tulee hyödyntää uudessa rakenteessa. Ensisijaisesti on säädettävä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten kehittämisrakenteiden muodostamisen, rahoituksen ja erwa-koordinaation periaatteista. Samalla on turvattava palvelujärjestelmässä oman työn ohella tapahtuvan kehittämisen edellytykset. Siksi valmisteluryhmä katsoo, että nykyisten kehittämisyksiköiden voimavarat olisi tarkoituksenmukaista yhdistää riittävän vahvoiksi, yhteisiksi sote-kehittämisen toimijoiksi. Jatkotyössä tulee määritellä, missä määrin säädetään tehtävien ja voimavarojen jaosta sote-ervojen koordinoivien kehittämisyksiköiden ja sote-alueilla sijaitsevien yksiköiden välillä, vai voidaanko tämä jättää sote-ervojen omaan päätösvaltaan. On tärkeää huolehtia, että ruotsinkielisten palveluiden kehittäminen otetaan huomioon rakenteissa ja resursseissa. Pohjoisen Suomen sote-ervalle (nykyinen OYS-erva) valmisteluryhmä ehdottaa säädettäväksi saamelaisalueiden ja saamenkielisten palveluiden erityistä kehittämisvastuuta.

Jatkotyössä on määriteltävä pysyvät rakenteet ja menettelytavat sote-ervan tehtäväksi tulevalle tutkimustoiminnan koordinaatiolle sekä yhteistyölle yliopistojen, korkeakoulujen, tutkimuslaitosten ja muiden tutkimuksen rahoittajatahojen kanssa. Pysyvien rakenteiden ja menettelytapojen puuttuminen vaikeuttaa pitkäjänteisen, läheisessä yhteistyössä palvelujärjestelmän kanssa tehtävän tutkimustyön edellytyksiä ja tuloksellisuutta. Jo lähitulevaisuudessa voi ko-

¹² Maakuntien liitoilla on lakisääteinen velvoite (laki alueiden kehittämisestä 1651/2009) vastata alueellisen pitkän ja keskipitkän aikavälin koulutustarpeiden ennakoinnin yhteensovittamisesta ja alueellisten koulutustavoitteiden valmistelusta osana koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnittelua. Terveystieteiden tutkimuslain 35 §:n mukaan sairaanhoitopiiriin ky:n perusterveydenhuollon yksikkö huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista ja 42 §:n mukaan erityisvastualueen sairaanhoitopiirit sovittavat yhteen koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta sekä maakuntien liittojen kanssa työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa.

rostua tarve valtiovallan, erityisesti STM:n, OKM:n ja TEM:n yhteisten tutkimuspoliittisten näkemysten välittämiseen alueille.

4.2.6 Ervojen yhteiset tehtävät ja kansallinen ohjaus

Ervoille voitaisiin säätää *yhteisesti tehtäväksi* joitakin tehtäviä. Tällaisen tehtävän hoitaminen edellyttää yhteistä kansallista rakennetta ja rahoitusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon *kansallisesta ohjauksesta* ja koordinaatiosta. Valtionhallinnon (STM-konsernin) ohjaavaa roolia tulee valmisteluryhmän käsityksen mukaan vahvistaa siten, että kansallisen tason ja ervojen ohjausta varten muodostetaan toimivaltainen yksikkö.

Esimerkkinä ervojen nykyisin yhdessä hoitamista tehtävistä voidaan mainita FinnHEMS, joka on yliopistollisten sairaanhoitopiirien lääkärihelikopteritoiminnan hallinnointiin perustama osakeyhtiö. On esitetty myös säätiö- ja osuuskuntamalleja toteuttamaan kansallista syöpäkeskusta ja harvinaisten sairauksien osaamiskeskusten verkostoa. Erityisvastuualueet toteuttaisivat koordinaatiotehtäviään näiden yhteisten organisaatioiden kautta, jolloin yhdenvertaisuus, voimavarojen ja erityisosaamisen hyödyntäminen ja toimintojen taloudellinen tehokkuus toteutuisivat parhaalla mahdollisella tavalla. Jatkotyössä on selvitettävä, millainen oikeudellinen sääntely on tällaisten järjestelyjen osalta tarpeen.

Terveydenhuoltolain 45 §n mukaan osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidosta voidaan keskittää valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Valtioneuvoston asetuksella erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä (336/2011) säädetään siitä, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon.

Terveydenhuoltolain voimaan tullessa aikaisemmin voimassa ollut asetus uusittiin pienin täsmennyksin. Asetuksessa on määritelty yksityiskohtaisesti, mitä sairauksia keskitetään mihinkin yliopistosairaalaan. Kuitenkin jo silloin oli tiedossa, että asetuksen rakenne edellyttäisi kokonaisuudistusta siten, että asetus sovitettaisiin uuteen palvelurakenteeseen. Myös sosiaalihuollossa on valtakunnallisesti keskitettäviä tehtäviä.

Valtakunnallinen työnjako edellyttää asiasta säätämistä lain ja asetuksen tasolla. Järjestämislakiin tulee kirjata yleisellä tasolla säännös valtakunnallisen työnjaon periaatteista ja asetuksella säätää tarkemmin valmistelumekanismista ja työnjaon perusteista. Lisäksi tulee luoda rakenne, jolla valtakunnallisesta työnjaosta sovitaan, mikäli asetuksella ei enää säädetä yksittäisistä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä, tutkimuksista tai hoidoista eikä niiden tuottajista. Lisäksi tarvitaan säännös siitä, kenellä on viime kädessä päätösvalta, jos yksimielisyyttä kansallisesta työnjaosta ei esimerkiksi valtion ja sote-ervojen välisen neuvottelumekanismin kautta synny.

4.2.7 Erityisvastuualueen hallintomalli

Sote-uudistuksen jälkeen jokainen sote-alue kuuluu ergaan, samoin ne yli 50 000 asukkaan kunnat, jotka järjestävät itse asukkailleen laajan perustason palvelut. Ergaan kuuluvat sote-alueet ja kunnat säädetään asetuksella.

Erga on kuntayhtymä. Kuntayhtymän jäsenenä ovat sote-alueet (kunta, vastuukunta tai kuntayhtymä). Malli edellyttää kuntalain muutosta, koska voimassa olevan lain mukaan vain kunnat voivat olla kuntayhtymän jäsenenä (poikkeuksena liikelaitoskuntayhtymä, joka voi olla myös kuntayhtymien perustama). Tällöin kussakin ergassa on jäsenenä noin 4 - 8 sote-aluetta, joilla on kuntalain mukainen edustus yhtymäkokouksessa. Lisäksi ergalla on hallitus.

Erva-kuntayhtymästä annetaan erillissäännös sote-järjestämislakiin. Vastaavasti kuntalakia on muutettava kuntayhtymän muodostamisen osalta (perussäännös). Tässä yhteydessä on määriteltävä, mistä asioista erva-kuntayhtymä voi päättää perussopimuksessa ja mistä säädetään. Lailla määritellään myös rajat, kuinka paljon alueellista vaihtelua perussopimuksissa sallitaan mm. hallinnosta ja rahoituksesta.

Tarkoituksenmukaista olisi, että kaikilla ervoilla olisi sama hallintomalli, siten, että kuntayhtymän ylin päätöksentekoeelin olisi yhtymäkokous, eikä kuntayhtymä voisi perussopimuksessaan päättää toisin. Jatkotyössä on määriteltävä, miten yhtymäkokouksen edustajat määräytyvät.

Äänivalta yhtymäkokouksessa perustuisi jäsenenä olevien sote-alueiden väestömääriin, joten äänileikkureiden käyttäminen ei olisi mahdollista. Tällöin on varmistettava muulla tavalla, että sote-ervan päätöksenteossa on huolehdittava palveluiden saatavuudesta ja saavutettavuudesta alueellista yhdenvertaisuutta toteuttavalla tavalla.

On myös ratkaistava, miten säädetään yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen edustuksesta yhtymäkokouksessa. Nykyisen erikoissairaanhoitolain 25 §:n mukaan sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevalla lääkärikoulutusta antavalla yliopistolla on oikeus nimetä sairaanhoitopiirin kuntainliiton liittovaltuustoon ja liittohallitukseen kaksi jäsentä kumpaiseenkin sekä kullekin henkilökohtainen varajäsen. Yliopiston edustajien äänimäärä liittovaltuustossa on 10 prosenttia kuntien liittovaltuustoon valitsemien jäsenten yhteenlasketusta äänimäärästä. Yliopiston liittovaltuustoon valitsemilla jäsenillä ei ole äänioikeutta liittohallitusta valittaessa.

Sote-ervalla olisi hallitus, jossa tulisi olla riittävä poliittinen edustus, palvelujärjestelmän asiantuntemus ja alueen yliopistojen ja korkeakoulujen edustus. Jatkovalmistelussa on pohdittava tarkemmin, miten hallituksen kokoonpanosta säädettäisiin, sekä onko tarpeen säätää toimivasta johdosta. Myös evo-tutkimusrahoituksesta päättävästä toimielimestä (nykyinen tutkimustoimikunta) sekä viranomaistehtävien hoitamiseksi tarpeellisesta henkilöstöstä on säädettävä, kun nämä tehtävät on jatkotyössä määritelty tarkemmin. Nykyisen erikoissairaanhoitolain 18 §:n mukaan erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävässä sairaanhoitopiirissä on oltava lautakunta, jonka tehtävänä on kehittää ja sovittaa yhteen piirin kielellisen vähemmistön erikoissairaanhoitoa sekä vähemmistön kielellä annettavaa terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta.

4.3 VASTUUKUNTAMALLI

Perustason alueen hallinto edellytetään laissa järjestettäväksi vastuukuntamallilla. Samoin sote-alueen hallinto edellytetään järjestettäväksi pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Sote-alueella kunnat voivat sopia kuntayhtymämallin käyttöönotosta vastuukuntamallin sijasta, jos sote-alueen vastuukunnan väestö on alle puolet sote-alueen väestöpohjasta ja jos vastuukunnalla ei ole riittävää kantokykyä vastata laajasta perus- ja erityistasosta.

Nykytila

Vastuukuntamallia ei ole juurikaan säännelty ja se oli alun perin tarkoitettu kuntien pienimuotoiseen yhteistoimintaan.

Vastuukuntamalli ei nykysääntelyllään täytä perustuslain reunaehdoja lakisäätöisen yhteistoiminnan hallintomallina. Jotta se täyttäisi erityisesti perustuslain kansanvaltaisuusedellytykset, vastuukuntamallin sääntelyä tulisi kehittää. Keskeistä olisi seuraavien asioiden ottaminen lainvalmistelussa huomioon:

- poliittisen suhteellisuuden huomioon ottaminen,
- äänivallan jakautuminen;
- päätösvallan itsenäisyyden lisääminen säätämällä yhteisen toimielimen tehtävistä;
- taloudellisen päätösvallan itsenäisyyden lisääminen talousarvion valmistelussa sekä lisäksi tulisi edellyttää erityistilinpäätöksen laatimista.

Lisäksi tulisi vastuukuntamallia koskevaa sääntelyä kehittää kielellisten oikeuksien turvaamisen osalta kielilaissa sekä kuntalaissa asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien varmistamiseksi.

Lakisääteinen pakollinen vastuukuntamalli

Vastuukuntamallia koskevaa sääntelyä kehitetään siten, että siinä otetaan huomioon perustuslain asettamat reunaehdot. Vastuukuntamallin käyttämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnossa säädetään sote-järjestämislaissa.

Vastuukuntamallin keskeiset piirteet:

- 1) Jokaisella perustasoon kuuluvalla jäsenkunnalla on edustus perustason vastuukunnan yhteisessä toimielimessä.
- 2) Sote-alueen yhteisessä toimielimessä on edustaja jokaisesta alueeseen suoraan kuuluvasta kunnasta. Sote-alueeseen kuuluvalla perustasolla on perustason kuntien yhteinen edustus.
 - perustason edustajan sote-alueen yhteiseen toimielimeen valitsee perustason alueen yhteinen toimielin
 - edustaja käyttää sote-alueen yhteisessä toimielimessä kaikkien perustason alueen kuntien äänivaltaa
- 3) Yhteisessä toimielimessä kunnan edustajien äänivalta määräytyy kunnan asukasluvun perusteella;
 - lakiin ei oteta säännöstä pakollisesta äänileikkurista;
 - Sote-alueen yhteisessä toimielimessä olevan perustason alueen edustajien äänimäärä vastaa perustason kuntien yhteenlaskettua äänimäärää.
- 4) Yhteisen toimielimen edustuksessa otetaan huomioon jäsenkuntien poliittinen suhteellisuus;
 - periaate tarkoittaa, että yhteisessä toimielimessä voi olla jäseniä enemmän kuin siihen kuuluvia kuntia;
 - sote-alueen yhteisen toimielimen poliittisessa suhteellisuudessa on otettava huomioon perustason alueiden jäsenkuntien poliittiset voimasuhteet.
- 5) Yhteisellä toimielimellä on laaja itsenäinen vastuu päätöksenteosta sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta;
 - toimielin päättää itsenäisesti palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen liittyvistä asioista;
 - vastuukunnan valtuustolla tai hallituksella ei ole otto-oikeutta yhteisessä toimielimessä päätettävistä asioista.
- 6) Jos sote-alueeseen kuuluu myös perustason alueita tai perustason palvelut erikseen järjestäviä kuntia, on sote-alueen yhteisessä toimielimessä eri kokoonpanot
 - perustason palveluille, tässä kokoonpanossa ovat mukana vastuukunta ja ne kunnat, jotka eivät kuulu perustason alueeseen
 - laajan perustason palveluille, jotka vastuukunta järjestää myös perustason alueille ja perustason palvelut itse järjestävälle kunnalle (ks edellä kohta 4.1.3).

- 7) Yhteisellä toimielimellä on rajattu oikeus päättää omasta talousarviostaan;
 - ks. jäljempänä oleva tarkempi kuvaus talousarviomenettelystä.
- 8) Taloudenhoitoa koskevissa säännöksissä otetaan huomioon taloudenhoidon läpinäkyvyys.
- 9) Kunnilla on mahdollisuus sopia edellä mainituista toisinkin.

Yhteisellä toimielimellä on oikeus päättää järjestämisvastuun piiriin kuuluvista asioista eli se päättäisi ja vastaisi edellä 1.2 kohdassa määritellyistä järjestämisvastuuseen kuuluvista sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä. Järjestämisvastuun alaisissa asioissa vastuukunnan kunnanhallituksella tai valtuustolla ei olisi toimivaltaa.

Lisäksi yhteisellä toimielimellä on päätösvalta muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon talousarviosta ja -suunnitelmasta, valtuustojen asettamissa rajoissa sote-investoinneista ja sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämiseen liittyvän puhevallan käytöstä.

Sote-alueen vastuukunta ja sote-palveluista vastaava yhteinen toimielin voivat sopia, että vastuukunta huolehtii sote-palvelujen yleishallintoon liittyvistä tehtävistä. Tällaisia tehtäviä voivat olla esimerkiksi henkilöstöhallintoon ja taloushallintoon liittyvät asiat.

Sote-talousarvio

Talousarviosta yhteisellä toimielimellä ei olisi yksinomaista päätösvaltaa, vaan sen tulisi tehdä jäsenkuntien valtuustoille esitys sosiaali- ja terveydenhuollon talousarvioksi. Valtuustojen talousarviopäätöksissä asetettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollolle toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet. Tämän jälkeen yhteinen toimielin päättäisi talousarviosta. Investoinneista päättämistä rajattaisiin siten, että niiden hyväksyminen voitaisiin viedä alueeseen kuuluvien kuntien valtuustojen hyväksyttäväksi.

Koska jäsenmaksuosuuden käyttöä (rahoitusmalli) on voitava valvoa, tulisi yhteisen toimielimen menoista ja tuloista laatia erillistilinpäätös. Jos tilinpäätös osoittaisi alijäämää, tulisi alijäämän kattaminen olla mahdollista korotetuilla jäsenmaksuosuuksilla.

Vastuukuntamallin lainsäädännön kehittämisen jälkeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen vastuukuntamallilla vastaisi monin osin kuntayhtymämallia.

4.4 RAHOITUS

4.4.1 Kuntasektorin taloudellinen tilanne

Kuntasektorin käyttökustannukset olivat noin 42,1 miljardia euroa vuonna 2011. Sosiaali- ja terveystoimen osuus oli tästä 21,6 miljardia euroa eli 51,3 prosenttia, kun mukana on myös lasten päivähoiton käyttökustannukset. Sosiaali- ja terveystoimen osuus kuntien käyttökustannuksista ilman lasten päivähoitoa oli 18,8 miljardia euroa eli noin 45 prosenttia. Lasten päivähoito ei enää jatkossa ole osa sosiaalipalvelua ja se jää kaikissa kuntien yhteistyömuodoissa peruskuntien tehtäväksi osana sivistystointia. Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista erikoissairaanhoidon veikkaus ja perusterveydenhuolto viidenneksen. Muille tehtäväluokille jäi siten alle puolet. Kuntien väliset erot sosiaali- ja terveystoimen meno-osuuksissa samoin kuin asukaskohtaisissa menoissa vaihtelevat suuresti.

Koko maan tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus osana peruspalvelujen valtionosuutta on kuntien sosiaali- ja terveystoimen menoista noin 31 prosenttia. Valtionosuusjär-

jestelmä tasaa kuntien palveluiden järjestämisessä olevia kustannuseroja, ja valtionosuusjärjestelmään liittyvällä verotuloihin perustuvalla valtionosuuden tasausjärjestelmällä tasataan kuntien tulopohjissa olevia eroja, jotta kunnat pystyvät rahoittamaan peruspalvelunsa.

Yleiskatteellisen peruspalvelujen valtionosuuden määrä oli 8,5 miljardia euroa vuonna 2012. Siitä sosiaali- ja terveystalouden palvelujen osuus oli 71 prosenttia (6 miljardia euroa). Valtio kohdentaa peruspalvelujen valtionosuuden lisäksi rahoitusta kuntasektorin sosiaali- ja terveystalouteen ja siihen kytkeytyviin toimintoihin myös useiden muiden valtion talousarviomomenttien kautta. Tällaisia eriä ovat muun muassa valtionosuus perustoimeentulotuen kustannuksiin, valtion korvaus kuntien terveydenhuollon yksiköille lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin, valtion rahoitus yliopistotaseeseen terveyden tutkimukseen, sekä valtion korvaus kunnille kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä.

Kuntien omat verotulot muodostavat kuntasektorin menojen rahoituksesta noin 46 prosenttia. Yhdessä käyttötalouden valtionosuuksien kanssa ne muodostavat lähes kaksi kolmasosaa kuntasektorin tuloista. Siten verorahoitus dominoi kuntien järjestämisvastuulla olevien palvelujen rahoittamista.

Kansantalouden heikot kasvunäkymät ja valtiontalouden sopeutustoimet hidastavat verotulojen ja valtionosuuksien kasvua. Työikäistä väestöä on suhteessa eläkeläisiin ja lapsiin koko ajan vähemmän. Samaan aikaan väestön ikääntymisestä aiheutuu menojen kasvua erityisesti sosiaali- ja terveyssektorilla. Palveluiden kustannukset ovat kasvaneet. Kuntatalouden velkaantuminen jatkuu voimakkaana ja samalla paine kunnallisveroprosenttien tuntuviin korotuksiin ja kokonaisveroasteen nousuun kasvaa. Kuntien väliset erot ovat kasvussa ja alueellisen tasa-arvoisuus on vaarantunut.

Edellä sanottu merkitsee sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostukseen ei ole lähtökohtaisesti tulossa lisää julkista rahoitusta. Palvelurakennemuutosta tarvitaan ja se on välttämätön. Sen tulee saada aikaan myös kustannussäästöjä. Tavoitteena on mahdollisimman optimaalinen sote-palvelurakenne.

4.4.2 Kuntien välinen rahoitus

4.4.2.1 Kuntien välinen rahoitus uudessa palvelurakenteessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtyessä ylikunnallisille toimijoille, tulee ratkaistavaksi millä perusteilla ne saavat kunnilta rahoituksen toimintaansa, sekä missä määrin perusteita yhdenmukaistetaan valtakunnallisella ohjauksella ja säätelyllä.

Kuntien välisessä rahoituksessa tulee otettavaksi huomioon eri lähtökohtaperiaatteita, jotka ovat osin päällekkäisiä, limittäisiä ja ristiriitaisiakin.

1. Aiheuttamisperiaatteen mukaan kukin kunta maksaa kuntalaistensa käyttämien palvelujen kustannukset.
2. Menojen ennakointiperiaatteen mukaan kunta voi ennakoida sille tulevan laskutuksen kokonaismäärän suhteellisen hyvin ja menot eivät vaihtelee voimakkaasti vuodesta toiseen.
3. Laskutuksen tulisi tukea sitä, että kuntalaiset saavat vastinetta rahoilleen. Palveluiden tulisi olla saatavilla, ja niiden tulisi olla toimivia ja vaikuttavia.
4. Rahoituksen tulisi olla yksinkertaista ja läpinäkyvää.
5. Rahoituksen tulisi tukea palvelurakenteen kehittymistä, kannustaa tulostavasti toimivien palveluiden tehokkaaseen järjestämiseen.

6. Kuntien maksuosuuksien tulisi määräytyä oikeudenmukaisesti huomioon ottaen kuntien taloudellinen kantokyky.
7. Rahoitusjärjestelyn tulisi kannustaa alueelliseen yhteisvastuullisuuteen.

Lähtökohtaisesti sote-alueen jäsenkunnat voisivat sopia keskenään, miten kuntayhtymän toiminta rahoitetaan tai millä perusteella jäsenkunnat maksavat vastuukunnalle sen järjestämistä palveluista. Kunnat voisivat tällöin valita alueelle parhaiten sopivan rahoitusmallin. Sopimuksen hyväksymisen tai muuttamisen ei tarvitsisi tapahtua yksimielisesti. Kuntalain (365/1995) 79 §:ssä 1 momentissa on säädetty, että kuntayhtymän perussopimusta voidaan muuttaa, jos vähintään kaksi kolmannesta jäsenkunnista sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Mainittu kuntalain säännös voitaisiin säätää sovellettavaksi myös sote-alueiden hallinnossa, ja se voitaisiin ulottaa koskemaan myös sopimuksen hyväksymistä.

Sote-alueella lähtökohtaisesti käyttöön kapitaatiomalli

On kuitenkin mahdollista, että kunnat eivät pääse asiasta sopimukseen. Siksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa tulisi säätää rahoituksen osalta myös niin sanotusta ”perälautamallista”.

Väestön ikärakenteella ja sairastavuudella painotettu kapitaatiomalli on paras vaihtoehto silloin, kun tavoitellaan alueellisesti yhtenäistä, selkeää, yhteisvastuullista, yhdenvertaista ja oikeudenmukaista, koko alueen yhtenäiseen suunnitteluun ja kehittämiseen perustuvaa kokonaisuutta. Kapitaatio- eli väestömääräpohjaisessa mallissa kunnan maksu määräytyy asukasluvun mukaan (x euroa/asukas). Kapitaatioperiaate voidaan toteuttaa siten, että alueen budjetoidut menot jaetaan kaikkien jäsenkuntien kesken asukasluvun suhteessa. Kun saatua lukua painotetaan väestön ikärakenteella ja sairastavuudella, asukaskohtainen maksu vaihtelee kunnittain kunnan väestön palvelujen tarpeen mukaan. Tämä vastaisi nykyistä valtionosuusjärjestelmää, jossa noin 92 prosenttia valtionosuuden laskennallisista kustannuksista asukasta kohden määräytyy ikärakenteen ja sairastavuuden perusteella.

Kapitaatiomallissa kunnan menot ovat hyvin ennakoitavissa, koska maksu ei riipu kunnan asukkaiden palvelujen käytön määrästä. Menojen kehitystä seurataan alueellisesti ja kuntakohtaiset erot tasoittuvat pitemmän ajanjakson aikana.

Kapitaatiomallin soveltaminen vakiintuneisiin palveluihin voi aiheuttaa merkittäviä muutoksia kuntien nykyisiin menoihin ja muuttaa olennaisesti kuntien keskinäisiä maksuosuuksia. Kapitaatioperusteiseen laskutukseen siirtyminen edellyttääkin kuntakohtaisen vaihtelun vuoksi useamman vuoden siirtymäaika, jonka aikana palvelujen tarjonta ja palvelurakenne sopeutettaisiin kunnittain väestön palvelujen tarvetta vastaavaksi. Siirtymäajan pituus voisi olla kolme vuotta.

Jos 20 000 - 50 000 asukkaan kunta toimii vastuukuntana alle 20 000 asukkaan kunnan peruspalvelujen järjestämiseksi, korvaukset tässä vastuukuntamallissa järjestettäisiin myös kapitaatioperusteisesti.

Muita rahoitustilanteita

Kunnat, joiden väestöpohja on 20 000 - 50 000 asukasta, voisivat järjestää itse sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palvelut, joissakin tapauksissa myös peruserikoissairaanhoidon palvelut.

Sote-palvelujen toteuttamiseksi tarvittavista sote-alueen yhteisistä tehtävistä, kuten infrastruktuurin aiheuttamista kustannuksista ja varalla olosta (johon sisältyy muun muassa päivystys, ensihoito ja poikkeustilavalmiuden ylläpito) edellä tarkoitettut kunnat vastaisivat kapitaatioperiaatteen mukaisesti.

Siltä osin kuin 20 000 - 50 000 asukkaan edellä tarkoitettut kunnat hankkisivat vain osan tarvitsemistaan palveluista sote-alueelta, ne osallistuisivat näiden palvelujen rahoittamiseen suoriteperusteisesti. Laskutus perustuisi tuotantokustannuksiin.

Suoritemallissa kunnan vuotuinen maksu määräytyy kunnan asukkaiden palvelujen käytön mukaan. Malli toteuttaa aiheuttamisperiaatteen. Kunnan kannalta menojen ennakointi on kapitaatiomallia vaikeampaa, koska kuntalaisten palvelujen käyttöä ja sen kustannusten kokonaismäärää voi olla etukäteen vaikea ennustaa. Sairaanhoidopiireissä suoriteperusteinen korvaus on nykyisin yleinen tapa maksaa palvelujen tuottajalle palveluista. Piirit laskuttavat kuntia tyypillisesti hoidettujen potilaiden määrän ja potilaille tehtyjen toimenpiteiden mukaan. Useimmissa sairaanhoidopiireissä laskutuksessa käytetään diagnoosi- ja toimenpideperusteista drg (diagnosis-related group)-järjestelmää, jossa potilaan hoidon laskutushinta määräytyy hoitotapahtuman tai suoritteen keskimääräisen kustannuksen mukaan. Erikoissairaanhoidon avopalvelujen sekä psykiatrisen hoidon laskutuksessa käytetään yleensä suoritemääriin (esim. hoitopäivien määrä) perustuvaa järjestelmää.

Ervojen rahoitukseen, joka tulee sote-alueilta, sovellettaisiin kapitaatiomallia. Ervoille tulisi myös joitakin keskitettyjä tehtäviä, joista valtio maksaisi sille suoraan korvauksen (ks. jäljempänä kohta 4.4.3.2).

Lainsäädäntöön olisi kirjattava säännökset myös siitä, miten sote-alueen tai vastuukunnan sote-tehtävien mahdollinen alijäämä katetaan. Tätä valmistelutyötä tehdään parhaillaan kuntalain kokonaisuudistuksen yhteydessä, joten erillisten säännösten kirjaaminen sote-järjestämislakiin ei ole tarpeen.

4.4.2.2 Ennakoitua suurempiin kustannuksiin varautuminen

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 76 §:n mukaan sairaanhoidopiirin kuntayhtymän jäsenkunnalle erikoissairaanhoidosta aiheutuneiden asiakas- tai potilaskohtaisten poikkeuksellisen suurten kustannusten tasauksesta tulee sopia sairaanhoidopiirikohtaisesti. Aika ajoin on ollut esillä tasausmenettelyn laajentaminen sosiaalihuoltoon ja myös terveyskeskustoimintaan.

Palvelurakenneuudistuksen yhteydessä tavoitteena on niin vahvojen kuntien ja sote-alueiden muodostuminen, että järjestämisvastuussa olevat tahot pystyvät kantamaan satunnaiset suuretkin kustannusvaihtelut. Näin ollen tällaisten vaihtelujen tasaamiseksi ei ole tarpeen luoda lainsäädännöllä suurten kustannusten tasausjärjestelmää. Kunnat voisivat kuitenkin halutessaan sellaisesta sopia.

4.4.2.3 Ervan rahoitus

Ervojen rahoitukseen, joka tulee sote-alueilta, sovellettaisiin kapitaatiomallia. Ervoille tulisi myös joitakin keskitettyjä tehtäviä, joista valtio maksaisi sille suoraan korvauksen. Valtio kohdentaisi joitakin osin erillisrahoitusta suoraan ernalle.

Valtionkorvausta maksettaisiin esimerkiksi mielentilatutkimusten, lapsiin kohdistuneisiin rikoksiin liittyvien oikeuspsykiatristen tutkimusten, sekä tuomioistuinten pyytämien asiantuntijalausuntojen tekemisestä.

Lainsäädäntöön olisi kirjattava säännökset myös siitä, miten sote-alueen tai vastuukunnan sote-tehtävien mahdollinen alijäämä katetaan. Tätä valmistelutyötä tehdään parhaillaan kuntalain kokonaisuudistuksen yhteydessä, joten erillisten säännösten kirjaaminen sote-järjestämislakiin ei ole tarpeen.

4.4.2.4 Ennakkoarviot rahoitusvastuun jakautumisesta kunnille

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistus ja tarvepainotetun kapitaatorahoituksen käyttöönotto vaikuttavat jossain määrin yksittäisten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannuksiin. Useimmissa kunnissa muutokset tulevat olemaan pieniä, mutta joissain tapauksissa menot saattavat kasvaa tai pienentyä merkittävästi. Niiltä osin, kun kunnat jatkossa maksavat sote-alueelta hankkimistaan palveluista suoriteperusteisesti, rahoitusvastuuseen ei odoteta suuria muutoksia.

Rahoitusvastuun jakautumista sote-alueen kuntien kesken voidaan arvioida nykyisten kustannustietojen sekä valtionosuuslaskennassa käytettävien tarveperusteiden avulla. Laskennallisissa arvioissa ei luonnollisesti päästä käsiksi kaikkiin rahoituksen jakautumiseen vaikuttaviin tekijöihin, mutta keskeisimmät asiat pystytään ottamaan huomioon. Tarkasteltavat kokonaiskustannukset saadaan laskemalla yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset niistä kunnista, jotka osallistuisivat sote-alueen rahoitukseen tarvepainotetun kapitaatiomallin mukaisesti. Kuntien uusimmat toteutuneet menotiedot ovat saatavissa vuodelta 2011.

Kustannusten jakautumista kuntien kesken voidaan puolestaan arvioida valtionosuusperusteissa käytettävien sosiaali- ja terveystoimen laskennallisten kustannusten avulla (ilman lasten päivähoitoa). Laskennallisissa kustannuksissa on huomioitu sekä väestön määrä että valtionosuuksiin vaikuttavat tarvetekijät, joten ne jakautuvat kuntien kesken samalla tavalla kuin rahoitusvastuu tarveperusteisessa kapitaatiojärjestelmässä. Arvio rahoitusvastuun jakautumisesta saadaan siis olettamalla, että kunnat rahoittavat sote-alueen kokonaiskustannukset valtionosuusperusteiden laskennallisten kustannusten mukaisessa suhteessa. Vertaamalla näin laskettua rahoitustaakkaa kunkin kunnan nykyisiin sosiaali- ja terveystoimen kustannuksiin nähdään, tulevatko kustannukset laskemaan vai nousemaan uudistuksen myötä.

Saman aikaisesti sote-uudistuksen kanssa toteuttavalla kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistus tulee muuttamaan perusteita, joiden mukaan valtionosuudet määräytyvät. Sen vuoksi valmisteluryhmä ei ole tässä vaiheessa käsitellyt kuntakohtaisia laskelmia uudistuksen mahdollisista vaikutuksista. Kuntakohtaiset laskelmat siitä, miten kuntien sote-menot voisivat muuttua eri vaihtoehtoisissa, laaditaan sen jälkeen kun ehdotus valtionosuusjärjestelmän uudistamiseksi on valmistunut. Laskelmat ovat käytettävissä laadittaessa valmisteluryhmän loppuraporttia ja siihen sisältyvää ehdotusta hallituksen esitykseksi sote-järjestämislaiksi.

4.4.3 Valtion rahoitus

4.4.3.1 Valtionosuusjärjestelmän uudistaminen

Valtionosuusjärjestelmä uudistetaan osana kuntarakenneuudistusta. Järjestelmää yksinkertaistetaan ja selkeytetään ja järjestelmän kannustavuutta parannetaan. Valtionosuusperusteiden uudistamisessa tarkastellaan mm. perusteiden läpinäkyvyyttä, lukumäärää, päällekkäisyyksiä, korvaustarpeita, ajanmukaisuutta ja soveltuvuutta kuntarakenteen ja palvelutarpeiden muutoksessa. Valtionosuusuudistuksen lähtökohtana on, että peruspalvelujen valtionosuus maksettaisiin aina peruskunnille.

Valtiovarainministeriö kutsui toukokuussa 2012 Rauman kaupunginjohtajan, VTK Arno Miettisen selvitysmieheksi valtionosuusuudistukseen ajalle 1.6.2012 - 31.3.2014. Ministeriö asetti valtionosuusjärjestelmän uudistuksen valmistelua varten selvitysmiehen lisäksi tukiryhmän ja laskentaryhmän.

Selvitysmies esitti alustavat uudistuksen linjaukset 12.2.2013 ja tekee lopulliset esitykset vuoden 2013 loppuun mennessä. Tavoitteena on, että hallituksen esitys voidaan käsitellä kevätestuntokaudella 2014 ja uusi lainsäädäntö tulee voimaan 1.1.2015 alkaen.

Uudistus palvelee osaltaan kuntauudistusta. Selvitysmies esitti uutena elementtinä työpaikkaomavaraisuutta. Hän esitti myös verotuloihin perustuvan valtionosuuksien tasaustavan muuttamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja sivistystoimen ikäryhmittäisten valtionosuusperusteiden yhdistämistä ja kertoimien painotusten tarkistamista.

Edellä mainittuihin uudistuslinjauksiin sisältyy näillä näkymin myös se, että vuosien mitaan valtionosuusjärjestelmästä siirrettyjä resursseja palautettaisiin järjestelmään ja samalla valtiovarainministeriön pääluokkaan. Esimerkkeinä on mainittu momentit 33.60.35 (valtionosuus kunnille perustoimeentulotuen kustannuksiin) ja 33.20.31 (valtion korvaus kunnille kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä). Nämä eriytettiin aikanaan, jotta rahoitus kohdentuisi asianomaiseen toimintaan.

4.4.3.2 Valtion korvaukset ervoille

Valtio kohdentaisi joiltakin osin erillisrahoitusta suoraan ervalle. Valtionkorvausta maksettaisiin esimerkiksi mielentilatutkimusten, lapsiin kohdistuneisiin rikoksiin liittyvien oikeuspsykiatristen tutkimusten, sekä tuomioistuinten pyytämien asiantuntijalausuntojen tekemisestä.

Sosiaali- ja terveysministeriö jakaa valtion varoista yliopistosairaaloille vuosittain lääkärin koulutuksen kustannuksiin erityisvaltionosuutta (ns. koulutus-evo, terveydenhuoltolaki 59 §). Koulutuskorvaus maksetaan suoritettujen tutkintojen ja uusien opiskelijoiden lukumäärän perusteella.

Yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen maksettava erityisvaltionosuus (ns. tutkimus-evo, terveydenhuoltolaki 61 §) jaetaan viidelle erä-alueelle, jotka jakavat sen edelleen alueellaan. Tutkimus-evon jakoperusteina ovat tutkimustoiminnan painoalueet ja tavoitteiden toteutuminen sekä tutkimuksen laatu, määrä ja tuloksellisuus edellisellä nelivuotiskaudella.

Koska ervat vastaisivat jatkossa tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen alueellisesta kordinaatiosta, olisi luontevaa, että edellä mainitut evo-korvaukset maksettaisiin jatkossa ervoille.

Kun lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutus tapahtuu muualla kuin yliopistollisessa sairaalassa, valtio korvaa koulutuksen kustannuksia suoraan niille kuntayhtymille, kunnille ja muille palveluntuottajille, jotka osallistuvat koulutukseen. Näiden korvausten määrä perustuu toteutuneisiin koulutuskuukausiin. Myös näissä tilanteissa evo-korvaus voitaisiin maksaa ervalle, joka jakaisi sen edelleen alueellaan.

Valmisteluryhmä katsoo, että palvelurakenneuudistuksen integraatitavoitteiden toteuttamiseksi valtion erillisrahoitusta tulisi kohdentaa myös sosiaalihuollon yliopistotasoiseen tutkimukseen. Koulutus- ja tutkimus-evon kohdentamisen laajennukset on huomioitava valtion korvausten vastaavan suuruisina tasokorotuksina.

4.4.3.3 Investointimenojen rahoittaminen

Valtio osallistui vuoteen 2005 asti kuntasektorin sosiaali- ja terveystoimen investointien rahoittamiseen. Menettelystä on säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 luvussa (perustamishankkeiden valtionavustus). Vuoden 2005 jälkeen valtion talousarvion kautta on enää kolme kertaa kohdennettu investointirahoitusta suppein perustein (2009 ja 2010 elvytysperustein ja 2012 homekorjaushankkeisiin).

Käytännössä valtionavustusten myöntäminen investointeihin on päättynyt, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain perustamishankkeiden valtionavustusta koskevia säännöksiä ei ole kumottu. Valtionosuusuudistuksen selvityshenkilö tulee ehdottamaan investointien valtionavustusten lopettamista myös opetus- ja kulttuuriministeriön hallinnonalalla.

Jatkossa voisi edelleen olla mahdollista, että valtio maksaisi kunnille suhdanne- tai muista vastaavista syistä erillistä rahoitusta.

4.4.4 Asiakkaan valinnanvapaus ja siihen liittyvä kustannusten korvaus

Jo tehtyt ja meneillään olevat uudistukset merkitsevät, että sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä laskutetaan yhä useammin muuta kuntaa kuin palveluja tuottanutta kuntaa tai palveluja tuottaneen kuntayhtymän jäsenkuntia. Näitä uudistuksia ovat

1. terveydenhuoltolain mahdollistama hoitopaikan valinnanvapaus
2. pitkäaikaisen laitoshoidon, asumispalvelujen tai perhehoidon tarpeessa olevan henkilön mahdollisuus valita kotikuntansa

Tällä hetkellä kuntien väliset laskutusperusteet ja -menettelyt ovat kovin erilaisia, kuten myös kuntien välistä kustannusten jakoa koskevat säädökset.

Asiakkaiden liikkuvuuteen liittyvien kuntien välisten laskutusperusteiden yhtenäistäminen on tarpeen tulevien lainsäädäntömuutosten yhteydessä. Yksi vaihtoehto on, että lakiin lisättäisiin yleinen säännös laskutusmenettelyistä ja -perusteista.

Seuraava teksti perustuu kuntalain kokonaisuudistusta pohtivan työryhmän talousjaostoa varten sosiaali- ja terveysministeriössä laadittuun muistioon.

Terveydenhuoltolain mahdollistama hoitopaikan valinnanvapaus

Yleinen säännös sisältäisi palvelujen laskutuksen periaatteet. Perusteista ja laskutusmenetelystä voitaisiin säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Yleinen säännös olisi melko yhdenmukainen nykyisen terveydenhuoltolain 58 §:n kanssa:

Jos kunnan tai kuntayhtymän toimintayksikössä on hoidettavana asiakas, joka ei ole toimintayksikköä ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymää ylläpitävän kunnan asukas, on sen kunnan tai kuntayhtymän, jolla on vastuu palvelujen järjestämisestä, korvattava palveluksesta aiheutuneet kustannukset, jollei kustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä.

Korvausmäärää laskettaessa palvelujen tuottamisesta aiheutuneista todellisista kustannuksista vähennetään palveluksesta asiakkaan suorittama asiakasmaksu ja muut palvelun tuottajan palveluun liittyen saamat toimintatulot. Asiakasmaksu määräytyy sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain mukaisesti perustuen palvelun antavan kunnan päätökseen.

Kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain valinnanvapaustilanteet

Yleinen säännös sisältäisi tässäkin palvelujen laskutuksen periaatteet. Perusteista ja laskutusmenettelystä säädettäisiin tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Jos kunnan tai kuntayhtymän toimintayksikössä on hoidettavana asiakas, joka ei ole toimintayksikköä ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymää ylläpitävän kunnan asukas, on sen kunnan tai kuntayhtymän, jolla on vastuu palvelujen järjestämisestä, korvattava palveluksesta aiheutuneet kustannukset, jollei kustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä.

Korvausmäärää laskettaessa palvelujen tuottamisesta aiheutuneista todellisista kustannuksista vähennetään palveluksesta asiakkaan suorittama asiakasmaksu ja muut palvelun tuottajan palveluun liittyen saamat toimintatulot. Asiakasmaksu määräytyy sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain mukaisesti perustuen palvelun antavan kunnan päätökseen.

Korvauksista vähennetään myös kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain 55 §:ssä tarkoitettua valtionosuusprosenttia vastaava valtionosuus kyseisen henkilön ikäluokan perusteella määräytyvistä sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisista kustannuksista asukasta kohti.

4.4.5 Asiakasmaksut

Palveluja rahoitetaan myös asiakasmaksuilla. Ne katsotaan kuntasektorin tuloksi, eikä niitä vähennetä valtionosuuksista. Vuonna 2011 asiakasmaksut kattoivat kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista noin 7,5 prosenttia. Vanhusten laitospalvelujen ja perusterveydenhuollon käyttökustannuksista asiakasmaksut kattoivat suhteellisesti suurimman osan, vanhusten laitospalveluissa noin 21,4 prosenttia ja perusterveydenhuollossa noin 20,5 prosenttia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettua lakia (734/1992) sekä sosiaalihuoltolain 29 b ja 29 d §:ää muutettiin vuoden 2008 alusta voimaan tulleilla laeilla (387/2008 ja 388/2008). Lisäksi muutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettua asetusta (912/1992, muut. 464/2008). Laki- ja asetusmuutoksilla nostettiin asiakasmaksujen enimmäismääriä. Lisäksi maksut sidottiin indeksiin. Indeksitarkistukset tehdään kahden vuoden välein. Ensimmäiset tarkistettut määrät tulivat voimaan vuoden 2010 alusta lukien.

Tavoitteena on ollut, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat kaikkien saatavilla asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta ja että maksut eivät ohjaa epätarkoituksenmukaisiin hoito- ja palveluvalintoihin.

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt hallitusohjelman kirjausten mukaisesti asiakasmaksujen uudistamisen vuoden 2013 alussa. Asiakasmaksujärjestelmän kehittämistä jatketaan, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon maksut eivät muodostuisi palvelujen käytön esteeksi.

Kunnan järjestämisvastuulla olevan palveluasumisen asiakasmaksuja koskevaa säädösvalmistelua tukeva työryhmä asetettiin 7.1.2013 ja sen tulee saada työnsä valmiiksi vuoden loppuun mennessä. Asiakasmaksujärjestelmän kehittämistyö on suunniteltu toteutettavaksi useammassa vaiheessa seuraavasti: Ensimmäisessä vaiheessa valmistellaan kunnan järjestämisvastuulla olevan palveluasumisen maksuja koskevat muutokset. Toisessa vaiheessa toteutetaan terveydenhuollon yhtenäinen maksukatto yhdistämällä kunnallisen terveydenhuollon maksukatto ja lakisääteisen sairausvakuutuksen lääkekustannusten vuosiomavastuuosuus. Kolmannessa vaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon maksuja koskevat säännökset kootaan samaan lakiin. Palveluasumisen asiakasmaksuja koskevan säädösvalmistelun lisäksi edellä mainittu työryhmä valmistelee työsuunnitelman maksujärjestelmän uudistuksen toisen ja kolmannen vaiheen toteutukselle.

4.4.6 Omaisuusjärjestelyt

Siirtyminen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteessa sosiaali- ja terveydenhuollon perustasoon ja sitä täydentävään erityisvastuutasoon merkitsisi nykyisten kuntayhtymien purkamista. Kuntayhtymien purkamiseen liittyvät järjestelyt koskevat muun muassa omistusta, velkaa, henkilöstön asemaa sekä eläkevastuita. Tällaiset järjestelyt ovat mittavia. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennelakityöryhmä katsoi, että kuntayhtymien purkamiseen ja sen valmisteluun on varattava riittävästi aikaa purkamisprosessien mittavuuden ja moninaisuuden takia.

Sairaanhoitopiirien nykyiset jäsenkunnat ja sote-alueen kunnat voivat sopia siitä, miten sairaanhoitopiirin omaisuus ja vastuut jaetaan uudistuksessa. Sote-alueen tehtävien hoitamiseksi sairaanhoitopiiriin henkilöstö, omaisuus ja vastuut siirtyisivät pääsääntöisesti sote-alueen vastuukunnan omistukseen ja hallintaan. Jos sote-alue on pääsäännöstä poiketen kuntayhtymä, siirto tapahtuisi sote-kuntayhtymälle. Yliopistollisten sairaaloiden omistus ja hallinta voitaisiin toteuttaa uudistuksessa samalla tavalla kuin muidenkin sairaanhoitopiirien sairaaloiden omistus.

Kuntayhtymän purkamisesta on määräykset kuntayhtymän perussopimuksessa. Omaisuus samoin kuin velat ja sitoumukset jaetaan jäsenkunnille niiden peruspääomaosuuksien mukaisessa suhteessa.

Omaisuuksien osalta joudutaan päättämään omaisuuden arvottamistapa, arvotetaanko se esimerkiksi tekniseen arvoon, kirjanpitoarvoon vai käypään arvoon.

Vuonna 2011 sairaanhoitopiirien kiinteistöjen, koneiden, kaluston sekä vesi- ja maaomaisuuden pelkkä tasearvo oli 2,2 miljardia euroa käyvän arvon ollessa huomattavasti tätä suurempi. Tasetiedot ovat kuitenkin vajavaisia ja niiden tulkinta on haasteellista. Esimerkiksi sairaanhoitopiireillä on omistuksessaan satoja rakennuksia. Näistä osa on hyvinkin vanhoja, uusimmat sairaalarakennukset taas vastavalmistuneita. Osalla vanhoista sairaalarakennuksista on rakennushistoriallista arvoa. Rakennukset ovat hyvin eri-ikäisiä ja myös kunnoltaan erilaisia. Sairaalarakennuksia rasittavat muun muassa sisäilmaongelmat. Rakennuskantaan kohdistuu korjausvelkoja.

Kuntien ja kuntayhtymien terveystalouden ja sosiaalitoimen käytössä on käytössään oleellisesti sairaanhoitopiirien rakennuskantaa suurempi määrä rakennuksia ja tiloja. Monet terveystalouden rakennukset ovat 30 - 40 vuotta vanhoja, osa vanhempiaakin. Näiden rakennusten määrä- ja volyymitietoja ei ole koottuna käytössä. Kunto ja korjaustarpeet ovat samankaltaisia kuin sairaaloissa.

Kuntayhtymien mahdollisten liikelaitosten ja tytäryhtiöiden asema joudutaan selvittämään. Myös velkavastuiden järjestämisestä on sovittava. Asiakokonaisuuteen kuuluu lisäksi se, että luovutuksensaaja maksaa osakeomistukseen liittyvistä luovutuksista varainsiirtoveron. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennelakityöryhmän loppuraportissa todetaan, että edellä mainitun varainsiirtoveron perimisen luopumisesta tulisi säätää erikseen.

Ennen kuntayhtymän purkautumista omistajakuntien tulee sopia siitä, miten kuntayhtymälle aiheutuvat eläkemaksut jaetaan omistajien kesken. Kuntayhtymälle aiheutuu eläkemenoja myös purkautumisen jälkeen

- eläkemenoperusteisena maksuna, joka on aiheutunut ennen vuotta 2005 kuntayhtymässä tehdystä työstä; maksu tulee maksuun silloin, kun kuntayhtymässä palveluksessa ollut henkilö jää eläkkeelle
- mahdollisena varhaiseläkemenoperusteisena maksuna, jos kuntayhtymän palveluksessa ollut henkilö jää lähivuosina purkautumisen jälkeen työkyvyttömyyseläkkeelle tai alkaa saada määräraikaista työkyvyttömyyseläkettä eli kuntoutustukea.

4.5 MIKÄ LINJAUSTEN MUKAISESSA MALLISSA PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEN OSALTA MUUTTUU NYKYJÄRJESTELMÄÄN NÄHDEN?

Tarkasteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeseen toteutettavia muutoksia, välittömät muutokset kohdistuvat palveluista vastaaviin kunnallisiin organisaatioihin.

Nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuu jakautuu eri tavoin kunnille, yhteistoiminta-alueille, sairaanhoitopiireille ja kehitysvammaisten erityishuoltopiireille. Järjestämisvastuussa olevia tahoja on nyt kaikkiaan noin 200.

Uudistuksen jälkeen järjestämisvastuu on pääosalle väestöä kokonaisuudessaan sote-alueella. Osalle väestöä vastuu jakautuu perustason ja sote-alueen kesken. Järjestämisvastuussa olevien tahojen määrä supistuu tämän myötä alle kolmannekseen nykyisestä.

Lisäksi uudistus varmistaa perustason palvelujen horisontaalisen integraation. Sekä sote-alueilla että perustason alueilla väestön kannalta keskeiset ja useimmin tarvittavat sosiaali-huollon ja terveydenhuollon palvelut ovat saman kunnallisen organisaation (vastuukunnan) hoidettavana.

Perustason ja laajan perus- ja erikoistason (mm. erikoissairaanhoito) välinen jako sen sijaan säilyy niiden kuntien kohdalla, jotka ovat mukana perustason alueessa.

Tärkeä muutos on myös erityisvastuualueiden uusi lakiin perustuva rooli. Ne ovat jatkossa itsenäisiä organisaatioita, joiden tehtävänä on yhdessä sote-alueiden kanssa varmistaa alueella palveluverkon kattavuus ja hyvä yhteistoiminta. Erityisvastuualueilla on myös tärkeä tehtävä alan tutkimuksen, kehittämisen ja koulutuksen toteuttamisessa ja edistämässä.

Yksittäisten kuntien kannalta uudistus tarkoittaa, että palvelut järjestetään yhteisesti vastuukunnan toimesta. Kunnat osallistuvat kuitenkin vastuukunnan hallintoon. Tältä osin monen yksittäisen kunnan osalta niiltä poistuu välitön vastuu palvelujen järjestämisestä. Vastuu toiminnan rahoittamisesta säilyy kuitenkin kaikilla kunnilla.

Uudistuksen vaikutukset palveluihin, niiden saatavuuteen (riittävyys), laatuun ja saavutettavuuteen (esimerkiksi palvelujen etäisyys asuinpaikasta) ovat välillisiä. Nämä riippuvat niistä päätöksistä, joita vastuukunnat yhdessä muiden alueen kuntien kanssa tekevät. Palvelujen kokoaminen aikaisempaa harvempien tahojen vastuulle antaa kuitenkin nykyistä paremmat mahdollisuudet järjestää erityisosaamista vaativia palveluja sekä sellaisia palveluja, joita pienellä väestöpohjalla tarvitaan harvoin.

Palvelujen rahoituksessa on tarkoitus soveltaa laajasti ns. kapitaatioperustetta. Siinä kunta rahoittaa palveluja pääsääntöisesti asukasluvun ja tarvetekijöiden perusteella. Tällöin yksittäisten henkilöiden palveluilla ei ole vaikutusta kunnalle aiheutuviin kustannuksiin, mikä tarkoittaa kunnan kannalta paremmin ennustettavia ja vakaampia kustannuksia.

Uudistuksen jatkovalmistelussa selvitetään tarkemmin sen vaikutukset väestön, kuntien ja hallinnon asemaan.

5 ERITYISKYSYMYKSET

5.1 YLIOPISTOLLISTEN SAIRAALOIDEN ASEMA

Yliopistollisia sairaaloita ovat jatkossakin viiden lääkärikoulutusta antavan yliopiston alueella toimivat sairaanhoitopiirien keskussairaalat. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu siirtyy uudistuksessa yliopistollisilta sairaanhoitopiireiltä sote-alueille.

Uusi sote-erva ja yliopistollinen sairaala ovat oikeudellisesti erillisiä yksiköitä. Orpon koordinaatioryhmän mukaan sote-erva voisi kuitenkin käytännössä toimia yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sote-alueen yhteydessä siten, että erva-kuntayhtymä hyödyntää omassa toiminnassaan yliopistollisen sairaalan infrastruktuuria. Lisäksi yliopistollisella sairaalalla on kytkentä yliopiston toimintaan. Yliopisto osallistuu edelleen yliopistollisen sairaalan hallintoon ja toimintaan sekä tutkimus- ja koulutustoiminnan rahoitukseen.

Yliopistollisten sairaaloiden omistus ja hallinta voidaan uudistuksessa toteuttaa samalla tavalla kuin muidenkin sairaanhoitopiirien sairaaloiden omistus. Orpon koordinaatioryhmän mukaan kunnat sopivat yliopistollisen sairaalan omistuksen ja hallinnon järjestämisestä. Peruslähtökohtana on yliopistollisen sairaalan siirtyminen sijaintipaikkakuntansa sote-alueen omistukseen. Tällöin vaihtoehtoina ovat sairaalan siirtyminen vastuukunnan omistukseen ja hallintaan, jos sote-alue toteutetaan vastuukuntamallilla, ja vastaavasti kuntayhtymämallissa yliopistollisen sairaalan siirtyminen kuntayhtymän omistukseen ja hallintaan.

Yliopistollinen sairaala on osa sote-alueen palveluista ja toiminnoista vastaavaa infrastruktuuria, jonka operatiivisen ohjauksen toteuttamisesta päättää sote-alue. Lisäksi ne ovat erva-alueilla vastanneet suurelta osin sellaisten laajan perustason palvelujen tuottamisesta, joita ei ole ollut perusteltua tuottaa kaikissa keskussairaloissa.

Yliopistolliset sairaalat toimivat myös jatkossa alueillaan keskitettyjen erikoissairaanhoidon palvelujen tuotantoyksikköinä. Siksi ergaan kuuluvien kaikkien sote-alueiden tulee osallistua yliopistollisen sairaalan valmiuden ja kapasiteetin ylläpitämisen kustannuksiin tavalla, joka on linjassa sote-ervan järjestämissopimuksen kanssa. Jatkotyössä selvitetään, kuinka tästä säädetään. Samalla arvioidaan, missä määrin sote-alueen on käytettävä ensisijaisesti yliopistolliseen sairaalaan keskitettyjä palveluja vai voiko sote-alue hankkia kyseisiä palveluja vapaasti muualta. Tässä yhteydessä on huomioitava vuoden 2014 alusta valtakunnalliseksi laajeneva terveydenhuoltolain mukainen valinnanvapaus.

Valmisteluryhmän asettamispäätöksessä mainitaan yhtenä tehtävänä yliopistollisten sairaaloiden omistuksen ja hallinnan vaihtoehtojen selvittäminen ottaen huomioon mm. selvityshenkilöraportin linjaukset. Koordinaatioryhmä linjasi edelleen, että nämä järjestelyt selvitetään uudistuksen jatkovalmistelun yhteydessä tarkemmin. Koska yliopistollisen sairaalan hallintomalli tuotantoyksikkönä jätettiin koordinaatioryhmässä kuntien päätettäväksi, valmisteluryhmässä on nostettu esiin selvityshenkilöraportin yksimielinen esitys, jonka mukaan yliopistollisten sairaanhoitopiirien nykyiset omistajat ovat jatkossakin yliopistollisten sairaaloiden ylläpitäjiä. Valmisteluryhmässä on nähty ongelmia yliopistollisten sairaaloiden yksittäisten sijaintipaikkakuntien kantokyvyn suhteen ja arvioitu, että laajempi kuntayhtymämallinen omistajapohja olisi myös jatkossa kestävämpi ja yliopistollisen sairaalan toimintaedellytykset turvaava ratkaisu. Toisaalta on esitetty huoli siitä, että yliopistollisten sairaaloiden erillinen hallintomalli voisi vaikeuttaa alueellista vertikaalista palveluintegraatiota. Jatkotyössä tulee selvittää tarkemmin yliopistollisten sairaaloiden sijaintipaikkakuntien kantokyky sekä arvioida, miten näiden sairaaloiden toimintaedellytykset voidaan turvata ilman että uudistuksen yhdenvertaisuus- ja integraatiotavoitteet vaarantuvat.

5.2 RAJAT YLITTÄVÄ TERVEYDENHUOLTO

Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetuissa EU-asetuksissa 883/2004 ja 987/2009 on säännökset sosiaaliturvasta tilanteissa, joissa henkilö ylittää valtioiden rajoja. EU-asetusten perusteella ratkaistaan, minkä valtion lainsäädäntöä henkilöön sovelletaan ja mistä maasta hän saa sosiaaliturvaetuksia. EU-asetuksissa on säännökset myös ennakkoluvan saamisesta, jos potilaan tarvitsemaa hoitoa ei voida järjestää kotimaassaan. Potilasdirektiivi 24/2011/EU vahvistaa potilaiden oikeutta käyttää terveydenhuollon palveluja ulkomailla. Potilasdirektiivin lähtökohtana on, että potilas saa hakea vapaasti terveystalvveluja toisesta EU-valtiosta. Potilas voi myös sairastua äkillisesti ulkomailla.

Potilaalla on aina oikeus kustannusten korvaukseen samoin perustein kuin jos kustannus olisi aiheutunut potilaan kotimaassa. Vain sellainen ulkomailla saatu hoito on korvattava, joka on potilaan kotimaassakin korvattavaa. EU-asetukset ja potilasdirektiivi muodostavat kaksi rinnakkaista rajat ylittävän terveydenhuollon säännöstöä.

Jo nyky säännöstön perusteella potilaalla on aina oikeus hakeutua ulkomaille hoitoon, eikä potilaalta voida edellyttää mitään lupamenettelyä hoidon hakemiseen. Potilasdirektiivin mukaan toiseen EU-valtioon hoitoon hakeutuneella potilaalla on aina oikeus kustannusten korvaukseen samoin perustein kuin jos kustannus olisi aiheutunut potilaan kotimaassa. Vain sellainen ulkomailla saatu hoito on korvattava, joka on potilaan kotimaassakin korvattavaa. EU-asetukset ja potilasdirektiivi muodostavat kaksi rinnakkaista rajat ylittävän terveydenhuollon säännöstöä.

Potilasdirektiivin toimeenpanoa koskeva luonnos *hallituksen esitykseksi laiksi rajat ylittävstä terveydenhuollosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi* on lausunnoilla 31.5.-31.7.2013. Lakiesitys annetaan eduskunnalle budjettilakiesityksenä syyskuussa 2013. Uusi laki tulee voimaan viimeistään 1.1.2014. Lakiehdotuksessa rajat ylittävstä terveydenhuollosta esitetään seuraavaa korvausmallia:

- Kun potilas *hakeutuu ulkomaille hoitoon*, hän on oikeutettu kustannuksista sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin (Kela-korvaus). Näistä kustannuksista vastaa sairausvakuutusrahasto.
 - rinnastus Suomen yksityisen terveydenhuollon asiakkaaseen [Nykytila]
- Kun *potilas on joutunut ulkomailla oleskelunsa aikana lääketieteellisesti välttämättömän sairaanhoidon tarpeeseen*, hän on oikeutettu kustannuksista hoitoa antavan valtion lainsäädännön mukaiseen korvaukseen tai julkisen terveydenhuollon omavastuusuusmallin mukaiseen korvaukseen. Näistä kustannuksista vastaa valtio.
 - rinnastus Suomen julkisen terveydenhuollon asiakkaaseen [Muutos nykytilaan]

Valtio ja sairausvakuutusrahasto vastaisivat korvausmallin kustannuksista, kunnille ei näin ollen tulisi uusia kustannuksia. Matkakustannukset tulevat korvattaviksi sairausvakuutusrahastosta vastaavasti kuin Suomessa eli lähimpään hoitopaikkaan asti.

Potilasdirektiiviin liittyy vastaavasti myös oikeus hakeutua Suomeen hoitoon. Tällöin toisesta EU-valtiosta hoitoon hakeutuvalla potilaalla on samanlainen oikeus saada hoitoa suomen julkisesta terveydenhuollosta kuin Suomessa asuvalla henkilöllä.

Koska säännökset potilaan oikeudesta saada korvausta tilanteessa, jossa hän on hakeutunut EU-valtioon hoidon saamiseksi, ovat uusia, ei tämän järjestelyn vaikutuksia Suomen terveydenhuoltojärjestelmään ole ennalta luotettavasti arvioitavissa. Lausuntokierroksella olevan mallin mukainen korvausmenettely, ei aiheuta kunnille tässä vaiheessa muutoksia. Tulevaisuudessa on kuitenkin pohdittava, vastaako potilaalle ulkomailla annetun hoidon korvauksista valtio vai potilaan kotikunta.

5.3 TEHTÄVIEN SIIRTYMINEN KUNNISTA ALUEILLE JA KUNTAYHTYMIEN PURKAUTUMINEN

Uudistuksen vaikutusta nyt palveluista vastaavien kuntien ja kuntayhtymien henkilöstön asemaan, omaisuuteen ja vastuisiin käsitellään uudistuksen jatkovalmistelussa. Edellä kohdassa 4.4.7 on tarkasteltu eräitä omaisuusjärjestelyihin liittyviä kysymyksiä.

5.4 KOKEILUTOIMINTA

Valmisteluryhmä toteaa, että sote-uudistukseen liittyen on perusteltua järjestää palvelujen järjestämiseen liittyviä kokeiluja. Kokeiluilla voidaan arvioida muun muassa erilaisten palvelumallien käyttökelpoisuutta uudistuvassa palvelurakenteessa.

Mahdollisista uudistuksen toteutukseen liittyvistä kokeiluista päätetään erikseen.

6 JATKOVALMISTELU

Tästä valmisteluryhmän väliraportista ja siinä esitetyistä kannanotoista pyydetään lausunnot kunnilta, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiltä, eräiltä valtion viranomaisilta ja muilta väliraportissa käsiteltyjen asioiden kanssa toimivilta tahoilta. Lausunnot otetaan huomioon valmisteluryhmän loppuraporttia laadittaessa. Lausunnot tulee toimittaa sosiaali- ja terveysministeriölle 11.10.2013 mennessä.

Valmisteluryhmän loppuraportti valmistuu joulukuussa 2013. Loppuraporttiin sisältyy ehdotus hallituksen esitykseksi sote-järjestämislaiksi ja siihen liittyväksi muuksi lainsäädännöksi. Myös loppuraportti lähetetään lausuntokierrokselle samoin kuin väliraportti. Lausuntojen perusteella viimeistellään hallituksen esitys ja se annetaan eduskunnalle kevätistuntokaudella.

Välittömästi eduskunnan hyväksyttyä lain ja sen tultua vahvistetuksi, kuntia kuullaan järjestämisvastuun toteuttamisesta sekä sote-alueiden, perustason alueiden ja erva-alueiden muodostamisesta. Kuulemisen perusteella valmistellaan alueiden muodostamiseksi annettava valtioneuvoston asetus. Asetus pyritään antamaan syksyllä 2014.

Tavoitteena on, että sote-järjestämislaki ja siihen liittyvät muut lait tulevat voimaan 1.1.2015. Sote-alueet, perustason alueet ja erityisvastuualueet aloittavat toimintansa viimeistään 1.1.2017.

LIITTEET

LIITE 1. SOTE-SANASTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen valmistelussa käytettäviä käsitteitä on määriteltä. Käsitteitä täsmennetään ja uusia käsitteitä määritellään työn kuluessa. Hallituksen kunta-sote -koordinaatioryhmän linjaukset valmistuivat 8.5.2013. Järjestämislain valmistelu etenee linjausten mukaisesti.

Sote

Sosiaali- ja terveydenhuolto

Sote-integraatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun organisointi mahdollisimman laajasti samalle taholle. Integraatiolla tarkoitetaan tässä yhteydessä hallinnollista ratkaisua, ei organisaatioiden välistä yhteistyötä. Integraation tavoitteena on saada sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko, johtaminen ja rahoitus mahdollisimman selkeästi yhdelle alueensa väestöstä vastaavalle taholle.

Järjestämisvastuu

Järjestämisvastuulla tarkoitetaan oikeudellista vastuuta siitä, että lailla säädetty palvelut ja velvoitteet tulevat säännösten mukaisesti hoidetuiksi. Järjestämisvastuussa oleva kunta tai muu toimija vastaa siitä, että ihmiset saavat tarvitsemansa palvelut laadukkaasti ja oikea-aikaisesti.

Nykyisin: Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta, jollei kuntaa koske kunta- ja palvelurakenteesta annetun lain poikkeusperuste. Kunnan on kuuluttava erikoissairaanhoidon järjestämiseksi johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirejä on yhteensä 20. Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämistä varten maa on jaettu 15 erityishuoltopiiriin. Kärkällä samkommun -kuntayhtymä vastaa lisäksi ruotsinkielisen väestön erityishuollon järjestämisestä.

Sote-uudistuksen linjaus: Järjestämisvastuussa ovat asukasmäärältään tietynsuuriset kunnat, perustason alueet ja sote-alueet (laaja perustaso). Järjestämisvastuun laajuus on erilainen erisuuruksilla kunnilla. Pienimmillä alle 20 000 asukkaan kunnilla ei ole lainkaan järjestämisvastuuta. Perustason alueilla järjestämisvastuu on alueen vastuukunnalla. Järjestämisvastuu käsittää peruspalvelut, eli pääosin ne palvelut, joita terveyskeskukset ja kuntien sosiaalitoimi nyt järjestävät. Eräissä poikkeustapauksissa siihen voi sisältyä myös erikoissairaanhoidon palveluja. Sote-alueilla järjestämisvastuu on samoin vastuukunnalla (eräissä poikkeustapauksissa voi olla myös kuntayhtymällä). Järjestämisvastuu kattaa kaikki lakisääteiset sote-palvelut. Jos sote-alueeseen kuuluu perustason palvelut järjestäviä kuntia tai alueita, niille sote-alue järjestää vain perustasoon kuulumattomat palvelut. Näitä ovat erikoissairaanhoidon ja ympärivuorokautinen päivystys (sekä sosiaalipalvelut että terveydenhuolto). Sote-alueelle aina kuuluvat sosiaalihuollon palvelut määritellään myöhemmin sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistettaessa. Järjestämisvastuun kantajista säädetään valmisteilla olevassa uudessa järjestämislaissa.

Tuottamisvastuu

Nykyisin: Järjestämisvastuussa oleva kunnan, yhteistoiminta-alueen ja sairaanhoitopiirin tulee huolehtia siitä, että tarvittavia palveluja on saatavilla. Järjestäjällä ei kuitenkaan ole velvoitetta itse tuottaa kaikkia palveluja. Järjestämisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä voi tuottaa palveluja myös yhdessä toisten järjestämisvastuussa olevien toimijoiden kanssa sekä ostaa palveluja toiselta kunnalta, yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai valtiolta sekä antamalla palvelun käyttäjälle palvelusetelin.

Palvelujen hankkiminen muualta ei kuitenkaan poista järjestämisvastuussa olevalta kunnalta vastuuta siitä, että kunnan asukkaat saavat lakisääteiset palvelut. Jos palvelun tuottaja ei kykene vastaamaan velvoitteistaan, järjestämisvastuussa olevan kunnan on huolehdittava siitä, että palvelut hankitaan jostain muualta.

Sote-uudistuksen linjaus: Silloin kun kunta, perustason alue tai sote-alue ei pysty itse tuottamaan järjestämisvastuullaan olevia palveluja, sen pitää ostaa palvelut toiselta sote-alueelta. Alue voi lisäksi täydentää oma palvelutuotantoaan ostopalveluilla ja palvelusetelillä.

Rahoitusvastuu

Rahoitusvastuu määrittää sen, millä taholla on vastuu lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamisesta.

Nykyisin: Suomessa rahoitusvastuu on lähtökohtaisesti aina kunnilla. Rahoitusvastuu liittyy järjestämisvastuuseen ja ne ovat pääsääntöisesti samalla taholla, kunnalla. Kuitenkin nykyisin rahoitusvastuu ja järjestämisvastuu eroavat niissä tapauksissa, joissa järjestämisvastuu on siirretty suoraan lain perusteella (esim. sairaanhoitopiiri) tai laissa olevan säännöksen perusteella kuntayhtymälle (kansanterveystyön kuntayhtymä) tai isäntäkunnalla (paras-laki). Näissäkin tapauksissa rahoitusvastuu on kunnalla. Kunnat rahoittavat toiminnan kunnallisveron tuotolla, valtionosuuksilla, asiakasmaksuilla sekä pienessä määrin muilla toiminnasta saatavilla tuloilla.

Sote-uudistuksen linjaus: Kunnalla on rahoitusvastuu sote-palveluista. Tämä koskee myös alle 20 000 asukkaan kuntia, joilla ei ole itsenäistä järjestämisvastuuta. Rahoitusvastuun toteuttamiseksi kunta saa valtionosuutta. Rahoitusmalli selkiytetään jatkovalmistelussa.

Valtionosuus

Valtion kunnalle lain perusteella maksama rahoitus, jolla katetaan osa lakisääteisten palvelujen kustannuksista. Valtionosuuden laskentaperusteissa otetaan huomioon mm. eräitä väestön palvelutarpeeseen liittyviä tekijöitä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen valtionosuus on koko maan tasolla noin 31 prosenttia toiminnan kunnille aiheuttamista kustannuksista. Kunnittain osuus vaihtelee huomattavasti. Loput keskimäärin 69 prosenttia kustannuksista kunnat kattavat kunnallisveron tuotolla ja asiakasmaksuilla sekä mahdollisilla muilla tuloilla.

Asukaslukuperuste / Väestöpohjavaatimus

Väestöpohja tarkoittaa kunnan asukaslukua tai sote-alueeseen kuuluvien kuntien yhteenlaskettua väestömäärää.

Nykyisin: Sosiaali- ja terveyspalveluja tulee järjestää vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Jos kunnan asukasluku on pienempi kuin vähintään noin 20 000 asukasta, peruspalvelut tulee järjestää Paras-lain mukaan yhteistoiminta-alueella. Nykyisistä Manner-Suomen 304 kunnasta vain 90 järjestää sote-palvelunsa itse, muut kunnat ovat mukana yhteistoiminta-alueissa tai kuntayhtymissä. Sairaanhoitopiirit ovat kaikkien kuntien puolesta järjestämisvastuussa erikoissairaanhoidon palveluista.

Sote-uudistuksen linjaus: sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu määräytyy kunnan asukasluvun mukaan. Alle 20 000 asukkaan kunta saa sote-palvelut perustason alueelta tai sote-alueelta. Vähintään noin 20 000 - 50 000 asukkaan kunta voi järjestää itse perustason sosiaali- ja terveyspalvelut eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta. Lisäksi se voi olla perustason alueen vastuukunta. Kunnan on kuuluttava sote-alueeseen muiden kuin perustasonsote-palvelujen järjestämiseksi (mm. erikoissairaanhoidon). Vähintään noin 50 000 asukkaan kunta voi järjestää itse laajan perustason sosiaali- ja terveyspalvelut sekä toimia sote-alueen vastuukuntana, jos sillä on riittävä kantokiky.

Yksittäistapauksissa on kuitenkin mahdollista poiketa asukaslukuperusteista (mm. kielelliset oikeudet).

Kantokiky

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteydessä kantokyvylle tarkoitetaan järjestämisvastuun kantajan (kunnan tai sote-alueen) sellaisia ominaisuuksia, jotka vaikuttavat suoriutumiseen tästä tehtävästä. Näitä ovat esimerkiksi

väestöpohja

talouden vakaus ja kestävyys

riittävä osaaminen

henkilöstön saatavuus

sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuuri (tila- ja laiteresurssit).

Kantokyvyn tulee olla riittävä suhteessa väestön palvelutarpeisiin ja alueen erityisolosuhteisiin. Sote-alueen ja perustason alueen väestön pitää saada palvelut yhdenvertaisesti asuinpaikasta riippumatta.

Palvelurakenne

Palvelurakenteella tarkoitetaan hallinnollis-organisatorista rakennetta, jonka mukaisesti lakisääteinen sosiaali- ja terveydenhuolto tulee järjestää. Tulevaisuudessa palvelurakenne koostuu sote-alueista, perustason alueista ja eräissä tapauksissa kunnista. Palvelurakenteesta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavassa laissa. (Termiä palvelurakenne on aiemmin käytetty kuvaamaan sitä, millaisia palveluja ja miten toteutettuna järjestetään; esimerkiksi laitoshoidon, avohoidon, palveluasuminen, kotiin järjestettävät palvelut.)

Peruspalvelut ja perustason palvelut

Yleiskäsitteenä: Peruspalveluilla tarkoitetaan useimmiten kuntien tai kuntien yhteistoiminta-organisaatioiden vastuulle kuuluvia lakisääteisiä sosiaali- ja terveystoimen sekä sivistystoimen palveluja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteenä: Perustason palveluilla tarkoitetaan kunnan tai kuntien yhteistoiminta-alueen järjestämisvastuulla olevia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (perusterveydenhuolto ja sosiaalihoito pois lukien kehitysvammaisten erityishuolto).

Sote-uudistuksen linjaus: Perustason palvelut sisältävät nykyiset perusterveydenhuollon ja sosiaalihoollon palvelut lukuun ottamatta ympärivuorokautista terveydenhuollon ja myös sosiaalihoollon päivystystä (ml. turvakotitoiminta).

Laajan perus- ja erityistason palvelut (sote-alue)

Sote-uudistuksen linjaus: Laaja perus- ja erityistason sosiaali- ja terveydenhuollon uudennäköinen järjestämisvastuun kokonaisuus. Laajan perus- ja erityistason palvelut järjestää sote-alue tai kantokyvyltään riittävän vahva yli 50 000 asukkaan kunta linjausten mukaisesti. Laaja

perus- ja erityistaso sisältää kaikki lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Näin ollen siihen kuuluu perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen lisäksi koko erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuolto.

Erityistason palvelut

Nykyisin: Sairaanhoidopiirien kuntayhtymien yliopistollisissa ja muissa keskussairaaloissa tarjoamia laajan väestöpohjan tai erityisosaamista edellyttäviä palveluja, joiden järjestäminen ja tuottaminen on perusteltua toteuttaa vain joissakin terveydenhuollon toimintayksiköissä. Myös kehitysvammahuollon kuntayhtymien tarjoamat ja jotkut päihdehuollon palvelut kuuluvat tähän ryhmään.

Peruserikoissairaanhoidon palvelut

Peruserikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lähinnä sellaista erikoissairaanhoidoa, jota

- a) tarvitaan väestötasolla usein (konsultaatiopoliklinikka);
- b) tarvitaan yksilötasolla toistuvasti pitkää aikaissairauksien hyvän hoidon ja kuntoutuksen osana; tai
- c) lyhytaikaisena vuodeosastohoitona ensisijaisesti ikääntyneen väestön akuuttien terveysongelmien hoitamiseksi.

Perusterveydenhuolto

Kunnan tai yhteistoiminta-alueen järjestämisvastuulla olevat lakisääteiset terveydenhuollon palvelut (käytännössä lähinnä terveyskeskusten toiminta).

Lähipalvelu

Yleisimmin sillä tarkoitetaan usein käytettyjä palveluja, joita useimmat ihmiset tarvitsevat elämänsä varrella. Lähipalvelut toteutuvat potilaan ja asiakkaan arjessa ja ovat kohtuullisen helposti saavutettavissa. Lähipalvelut sijaitsevat yleensä joko melko lähellä useimpia ihmisiä tai ne tuodaan potilaan tai asiakkaan arkeen sähköisillä välineillä tai liikkuvina palveluina. Sote-uudistuksessa on tarkoitus muodostaa riittävän kantokykyisiä palvelujen järjestäjiä erityisesti turvaamaan lähipalvelut.

Sote-uudistuksen linjaus: Palvelut on järjestettävä kaikille perustason alueen ja sote-alueen asukkaille yhdenvertaisesti ja lähipalvelujen saatavuus on turvattava. Perustason alueiden ja sote-alueiden on laadittava suunnitelma lähipalvelujen toteuttamisesta.

Sote-alue

Kuntien muodostama sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista vastaava alue.

Nykyisin: Paras-puitelain mukaan perusterveydenhuolto ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen tehtävät pitää järjestää vähintään noin 20 000 asukkaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella.

Sote-uudistuksen linjaus: Kunnat muodostavat perustason alueita ja sote-alueita väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi. Sote-alue järjestää jäsenkunnilleen laajan perustason palvelut eli kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut (nykyiset terveyskeskuspalvelut, sosiaalihuollon sekä erikoissairaanhoidon). Pääsääntöisesti sote-alue toteutetaan hallinnollisesti vastuukuntamallilla. Ainakin yhden kunnan asukasluvun pitää olla vähintään 50 000 asukasta. Lisäksi alueen kantokyky on oltava riittävä (ks. kantokyky).

Sote-alue järjestää kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut alueeseen kuuluville kunnille. Poikkeuksena tästä ovat ne vähintään noin 20 000 - 50 000 asukkaan kunnat, joilla on oikeus järjestää perustason sosiaali- ja terveyspalvelut sekä joitakin peruserikoissairaanhoidon palveluja. Näille kunnille sote-alue järjestää muut sote-palvelut. Silloin kun sote-alue ei pysty itse tuottamaan

palveluja, sen tulee hankkia palvelut muilta sote-alueilta. Sote-alueen päätökset tehdään kuntien yhteisessä toimielimessä.

Vastuukunta

Vastuukunta huolehtii muiden kuntien puolesta lakisääteisten palvelujen järjestämisestä. Vastuukuntamallin vaihtoehtona on kuntayhtymä. Nykyisin vastuukunnasta on säännöksiä paraisissa ja kuntalaissa.

Sote-uudistuksen linjaus: Perustason alueella järjestämisvastuu on vastuukunnalla. Vähintään noin 20 000 asukkaan kunta voi toimia perustason alueen vastuukuntana. Sote-alueella järjestämisvastuu on pääsääntöisesti vastuukunnalla. Sote-alueen vastuukunnan asukasluvun pitää olla pääsääntöisesti vähintään noin 50 000. Lisäksi sen pitää olla maakunnan keskuskaupunki tai se on luontaiseen työssäkäyntialueeseen perustuva vahva peruskunta, jolla on palvelujen järjestämisen edellyttämä kantokyky. Vastuukunnan on järjestettävä palvelut yhdenvertaisesti alueen kunnille.

Kuntayhtymä

Kuntayhtymä on kuntalain mukainen kuntien yhteistoimintaorganisaatio. Kuntayhtymä voi olla lakiin perustuva, kuten esimerkiksi sairaanhoitopiiri, tai kuntien vapaaehtoisesti perustama. Kunnat osallistuvat kuntayhtymän hallintoon ja päätöksentekoon siten kuin kuntayhtymän perussopimuksessa on sovittu. Kuntayhtymä on viranomainen samoin kuin kunta ja se voi itsenäisesti tehdä oikeustoimia ja omistaa omaisuutta.

Sote-uudistuksen linjaus: Sote-alueen kunnat voivat sopia kuntayhtymämallin käyttöönotosta vastuukuntamallin sijasta, jos maakunnan keskuskau-pungin tai laajan tason vastuukunnan väestö on alle puolet laajan perustason väestöpohjasta ja vastuukunnalla ei ole riittävä kantokyky vastata laajasta perustasosta. Kuntayhtymässä äänivalta määräytyy kunnan asukasluvun perusteella.

Erva / Erityisvastuualue

Nykyisin: Sairaanhoitopiirit muodostavat hallinnollisesti viisi erityisvastuualuetta. Erityisvastuualueella ei kuitenkaan ole omaa itsenäistä organisaatiota. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit tekevät keskenään terveydenhuoltolain mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen. Kullakin erityisvastuualueella on lääkärikoulutusta antava lääketieteellinen tiedekunta ja yliopistollinen keskussairaala: HYKS, KYS, TaYS, TYKS, OYS). Erva-alueilla ei ole sosiaalihuollon tehtäviä.

Sote-uudistuksen linjaus: Erva on sote-alueiden yhteistyöelin (viisi kappaletta), jonka hallintamalli on kuntayhtymä. Jokainen sote-alue kuuluu ergaan. Uuden sote-ervan keskeisenä tehtävänä on turvata yhdenvertaisuus keskitettävissä palveluissa ja ohjata voimavaroja taroituksenmukaisesti niin, että vältetään palvelujen päällekkäisyydet ja kilpavarustelu. Erityisvastuualueilla on myös sosiaalihuollon tehtäviä. Sote-alueiden pitää sopia järjestämissopimuksella siitä, miten lakisääteinen erga-alueen yhteistyö toteutetaan.

Sairaanhoitopiirit

Nykyisin: Suomessa on 20 sairaanhoitopiiriä, jotka ovat kuntien omistamia ja rahoittamia kuntayhtymiä. Sairaanhoitopiireillä on lakisääteinen järjestämisvastuu jäsenkuntien erikoissairaanhoidon palveluista. Ne myös tuottavat itse suurimman osan palveluistaan.

Sote-uudistuksen linjaus: Sairaanhoitopiirien järjestämisvastuu lakkaa vuoden 2016 lopussa ja siirtyy perustettaville sote-alueille. Myös sairaanhoitopiirien sairaalat, myös yliopistosairaalat, siirtyvät sote-alueiden omistukseen, jolleivät kunnat sovi toisin. Uudistuksen jatkovalmistelussa ratkaistaan se, miten hoidetaan sairaanhoitopiirien henkilöstön, omaisuuden ja vastuiden asema.

- terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen
- terveysneuvonta ja terveystarkastukset
- seulonnat
- neuvolapalvelut
- kouluterveydenhuolto
- opiskeluterveydenhuolto
- työterveyshuolto
- tartuntatautien torjunta, ml. rokotukset
- merenkulkijoiden terveydenhuolto (vain tietyillä kunnilla)
- vanhuspalvelun mukaiset hyvinvointia edistävät palvelut
- todistusten ja lausuntojen antaminen lakiin perustuvissa tarpeissa
- sairaanhoito sis. mm sairauksien tutkimus, taudinmäärittäminen, hoito ja kuntoutus
- kotisairaanhoito
- suun terveydenhuolto
- mielenterveystyö
- päihdetyö
- lääkinnällinen kuntoutus
- virka-apu perusterveydenhuollosta poliisille, raja-vartiolaitokselle, vankeinhoito- ja vankilaviranomaisille sekä kutsuntaviranomaisille
- ympäristöterveydenhuolto (yhteistoiminta-alueista säädetty erikseen)

- sosiaalipalvelujen järjestäminen kunnan asukkailleen:
- sosiaalityö
- kasvatus- ja perheneuvonta
- kotipalvelut
- asumispalvelut
- laitoshuolto
- perhehoito
- vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta
- toimenpiteet elatusavun vahvistamiseksi
- lastensuojelu
- vanhuspalvelun mukaiset hyvinvointia edistävät palvelut
- vammaispalvelut
- kehitysvammaisten erityishuolto
- päihdehuolto
- lastenvalvojan tehtävät, isyyden selvittäminen/vahvistaminen
- adoptioneuvonta
- perheasioiden sovittelu
- lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun kuuluvat toimenpiteet
- omaishoidon tuki
- kuntouttava työtoiminta
- toimeentulotuen antaminen kunnassa oleskelevalle henkilölle
- sosiaalivastustusten suorittaminen kunnan asukkaille

- ohjauksen ja neuvonnan järjestäminen sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuk-sista ja niiden hyväksikäyttämisestä
- sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestäminen
- sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja ke-hittämistoiminnan järjestäminen
- sosiaalisen luoton myöntäminen kunnan asukkaille

Lisäksi kunta on alueellaan velvollinen toimimaan muutoinkin sosiaalisten olojen kehittämi-seksi ja sosiaalisten epäkohtien poistamiseksi.

Erikoissairaanhoito

Kunnan on kuuluttava erikoissairaanhoidon järjestämiseksi johonkin sairaanhoitopiirin kun-tayhtymään. Sairaanhoitopiirejä on yhteensä 20.

Kehitysvammaisten erityishuolto

Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämistä varten maa on jaettu erityishuoltopiireihin. Erityishuolto-piirejä on 15. Kärkulla samkommun- kuntayhtymä vastaa lisäksi piirijaosta huolimatta ruotsinkielisen väestön erityishuollon järjestämisestä.